ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie

Dynamic Psychiatry

Herausgegeben von Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

In Memoriam Karl Menninger

Károly Ozsváth
Self-Destruction and Borderline Personality Disorder

Günter Ammon, Ulrich Köppen, Astrid Thome
Sleep Researches of Borderline Patients Compared with Groups of Patients with Depression, Schizophrenia and Psychosomatic Disease

George B. Palermo
International Forensic Psychiatry: Predictability of Dangerousness

Amnon Carmi
Automatism — The Borderline Legal Liability

Avlipi D. Zurabashvili
Interrelationship of Intelligence and Morality in Psychology and Psychiatry

Gabriele von Bülow, Margit Schmolke
Kritische Diskussion des Diagnostischen Systems des DSM-III-R aus humanstruktureller Sicht am Beispiel des Borderline-Syndroms

Andrzej Guzek
Humanstrukturelle Therapie — ein praktischer Weg bei der effektiven Behandlung des Borderline-Syndroms

David J. Weeks
Eccentric Personality and the Borderline Syndrome

Helmut Volger
Prozesse der Nationenbildung in der Dritten Welt — Faktoren und Bedingungen der Entwicklung nationaler Identität

Buchbesprechungen

Nachrichten

23. Jahrgang
3./4. Heft 1990

122/123

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*
Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der Psychoanalytischen Kindergärten

23. Jahrgang, 3./4. Heft 1990, Nr. 122/123

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Rom — F.V. Bassin, Moskau — L. Bellak, New York — B. Buda, Budapest — I. Burbiel, München — A. Carmi, Haifa — N. Destounis, Richmond — R. Ekstein, Los Angeles — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — F. Hansen, Oslo — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Pittsburgh — M. Knobel, Campinas — A. Lambertino, Parma — U. Mahlendorf, Santa Barbara — A. Mercurio, Rom — L. Miller de Paiva, Sao Paulo — K. Okonogi, Tokio — M. Orwid, Krakow — J.F. Pawlik, Warschau — E. Ringel, Wien — V. S. Rotenberg, Moskau — F. S. Rothschild, Jerusalem — D. Shaskan, Los Angeles — J.B.P. Sinha, Patna — J. Sutherland, Edinburgh — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — Wu Chen-I, Peking.

Inhalt / Contents

In Memoriam Karl Menninger *106*

Károly Ozsváth (Pécs)
Self-Destructiveness and Borderline Personality Disorder 110
Selbstdestruktivität und Borderline-Persönlichkeitsstörung 116

Günter Ammon, Ulrich Köppen, Astrid Thome (Berlin/München)
Sleep Researches of Borderline Patients Compared with Groups of Patients with Depression, Schizophrenia and Psychosomatic Disease 120
Schlafuntersuchungen mit Borderline-Patienten im Vergleich zu Gruppen von Patienten mit Depression, Schizophrenie und Psychosomatik 127

George B. Palermo (Milwaukee)
International Forensic Psychiatry: Predictability of Dangerousness 130
Internationale forensische Psychiatrie — Vorhersagbarkeit von Gewaltdelikten 139

Amnon Carmi (Haifa)
Automatism — The Borderline Legal Liability 143
Automatismus und die Frage der Schuldfähigkeit bei Borderline-Straftätern 152

Avlipi D. Zurabashvili (Tbilisi)
Interrelationship of Intelligence and Morality in Psychology and Psychiatry 155

Der Zusammenhang zwischen Intelligenz und Moral in Psychologie und Psychiatrie 158

Gabriele von Bülow, Margit Schmolke (Berlin)
Kritische Diskussion des Diagnostischen Systems des DSM-III-R aus humanstruktureller Sicht am Beispiel des Borderline-Syndroms 161
Critical Discussion of the Diagnostic System DSM-III-R from the Viewpoint of Human-Structurology exemplified with the Boderline Syndrome 170

Andrzej Guzek (Warschau)
Humanstrukturelle Therapie — ein praktischer Weg bei der effektiven Behandlung des Borderline-Syndroms 174
Humanstructural Therapy — A Practical Way for an Efficient Treatment of the Borderline-Syndrome 185

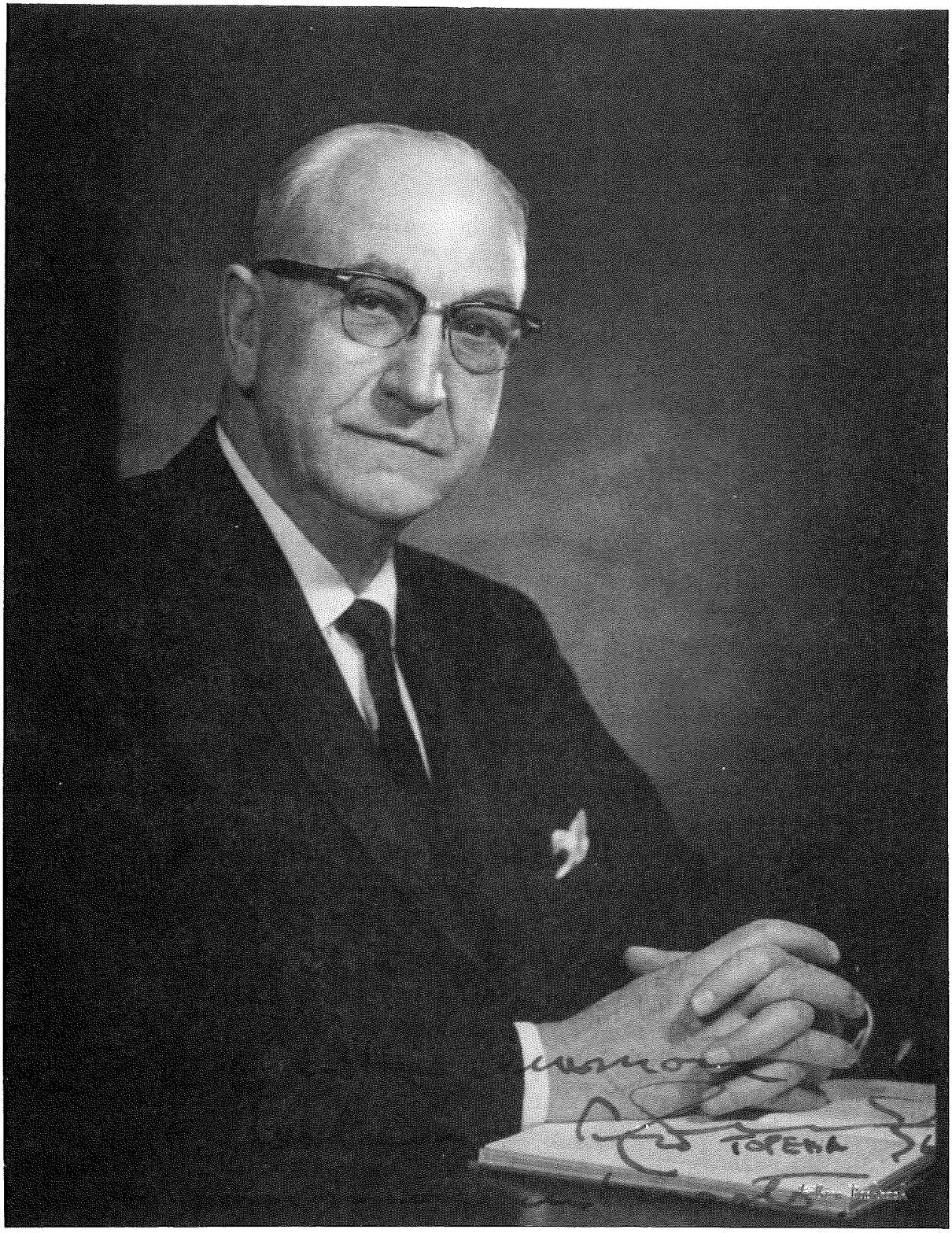
David J. Weeks (Edinburgh)
Eccentric Personality and the Borderline Syndrome 187
Exzentrische Persönlichkeitsstruktur und Borderline-Syndrom 196

Helmut Volger (Berlin)
Prozesse der Nationenbildung in der Dritten Welt — Faktoren und Bedingungen der Entwicklung nationaler Identität 199
Processes of Nationbuilding in the Third World — Factors and Conditions of the Development of National Identity 207

Buchbesprechungen / Book Reviews 210

Nachrichten / News 218

Ankündigungen / Announcements 234



Karl Menninger
1893 — 1990

Im Memoriam Karl Menninger

Karl Menninger tot

Mein letzter Brief, der zu Karl Menningers 97. Geburtstag im Juli 1990 gedacht war, erreichte ihn nicht mehr:

»My dear Dr. Karl,
today I am thinking of your birthday on July 27th of this year. Throughout these long years since my leaving Topeka in 1965 you were always in my heart, as you were the greatest man whom I met in my life and also my greatest teacher who influenced my whole life. You continued to be with me spiritually, encouraging me to work for humanism, a holistic thinking on the way to a unitarian approach in diagnosing and treating; to follow your teaching in attempts to integrate system theory with psychoanalytic diagnosing and treating; to follow your teaching to have optimism, hope and trust in the patients.
Throughout these years I followed your way of your work in Chicago, your work for the children in Topeka and seeing your pictures in the Menninger publications year by year.«

Mehr als ein halbes Jahrhundert war Karl Menninger die überragende Gestalt der amerikanischen Psychiatrie, die er von den Kraepelinschen Fesseln befreite. Er verstand es aber auch, seinen Schülern in der Menninger School of Psychiatry, wie auch seinen älteren Schülern unter den Mitarbeitern von Menninger Foundation und Menninger Clinic Fesseln des Denkens in alten Vorstellungen zu sprengen.

Zum Abschied im Jahre 1965 schrieb er mir auf sein Bild: »Für meinen guten Freund und Schüler Dr. Ammon, der geht, neue Felder zu pflügen — oder vielleicht alte Felder auf neuen Wegen.«

Dies war die Maxime seines Lehrens, und sein direktes Hinterfragen war gefürchtet und beliebt zugleich. Er haßte das Jonglieren mit Kategorien und Termini technici und langatmige Gelehrsamkeit. Während meines langen Aufenthaltes als Lernender und Lehrender in Topeka habe ich am meisten gelernt durch die Persönlichkeit von Karl Menninger, seiner Menschlichkeit, seinem therapeutischen Optimismus, seinem Mut, unabhängig zu denken und zu handeln, seiner Freiheit von Berufsblindheit und seinem Mut zur Originalität.

Wenn z.B. ein junger Arzt über einen Kranken berichtete und dieser als »Schizophrener« bezeichnet wurde, so fragte Dr. Karl (wie wir ihn nannten) mit erhobener Stimme: »What do you mean by this? What does schizophrenia mean? Tell me what kind of person your patient is, what does he look like, what are your findings and conclusions?«

Bei diesem außergewöhnlichen, großen Lehrer wurden Schüler wie Patienten aus festgefahrenen Denkbahnen herauskatapultiert und auf sich selbst zurückgeworfen. Karl Menninger hatte den Mut, frei in den Raum hinein zu denken und auch noch nicht ausformulierte Theorien auf Teammeetings zu

diskutieren. Er hatte auch den Mut, in seinem Werk »Man Against Himself« souverän, von klinischen Bedürfnissen geleitet, mit der Libidotheorie umzugehen, wie auch in seinem Hauptwerk »Das Leben als Balance«, eine Integration von psychoanalytischer Ich-Psychologie und Systemtheorie und einen Weg zum unitären Krankheitsbegriff zu vollziehen.

Hervorstechend in seinem Leben war sein bedingungsloses Eintreten für Minderheiten: für die Indianer und Schwarzen Amerikas, die Menschen im Strafvollzug, die »Geisteskranken«, politisch Verfolgten wie die Emigranten-Psychoanalytiker, denen er oft eine hilfreiche Hand bot, und die Kinder, denen er noch im letzten Abschnitt seines Lebens eine vorbildliche Institution baute.

Dr. Karl verstand es auch, sein ganzes Leben immer wieder Menschen um sich herum zu sammeln und Gruppen zu bilden, bei gleichzeitigem Eingebundensein in die Bande seiner Familie. Die bedeutende Rolle seines Bruders William muß an dieser Stelle erwähnt werden, dessen bedeutendes wissenschaftliches und organisatorisches Wirken sich mit dem Werk seines Bruders schöpferisch ergänzte. Zu erwähnen ist auch seine Frau Jeannette, die ihm treu über Jahrzehnte an der Seite stand, ganz besonders auch bei seiner Zeitschrift, dem Menninger Bulletin.

Karl Menninger verband die von einem modernen Wissenschaftler geforderten Talente des Forschers und Organisators. So schuf er aus dem Nichts heraus von einer kleinen Acht-Betten-Klinik in einem Farmhaus in Topeka zusammen mit Vater Charles und Bruder William die größte private, non-profit psychiatrische Institution der Welt. In ihr versammelten sich im Laufe von sieben Jahrzehnten viele Gelehrte von Rang und Namen, wenn wir an die Namen von Robert P. Knight, David Rapaport, Jerome Frank, Nathan Ackerman, Rudolf Ekstein, Frederick Hacker, Robert S. Wallerstein, Philip S. Holzman, Isaac Ramszy, H.G. van der Waals, Ernst Ticho, Peter Fleming, Herbert J. Schlesinger, Ann and Steven Appelbaum, Gardner Murphy, Lois B. Murphy, George Devereux, Martin Mayman u.a. denken, ergänzt durch berühmte Gastdozenten wie Anna Freud, Margaret Mead, Aldous Huxley, Jean Piaget, Silvano Arieti, Hans-Carl Leuner, René Spitz, Walter Tomann u.a.
Fast alle Werke Menningers sind als deutsche Lizenzausgaben herausgekommen, von denen ich noch sein grundlegendes Werk über »Die Technik der psychoanalytischen Therapie« erwähnen möchte, das er zusammen mit Philip Holzman herausbrachte.

Die volle Bedeutung von Karl Menninger wird erst in späterer Zeit erkannt werden.

Wir ehren und verehren ihn als Vorbild, Lehrer und großen Bahnbrecher in unserer Wissenschaft, vor allem aber als großen, manchmal mißverstandenen und verlassenen Menschen. Wir ehren seine Bemühungen durch Unterstützung seines Nachfolgers Roy Menninger.

Berlin, im November 1990 Dr. med. Günter Ammon

In Memoriam Karl Menninger

Karl Menninger dead

My latest letter to Karl Menninger, where I wanted to congratulate him on his 97th birthday in July 1990, did not reach him anymore:

»My dear Karl,

today I am thinking of your birthday on July 27th of this year. Throughout these long years since my leaving Topeka in 1965 you were always in my heart, as you were the greatest man whom I met in my life and also my greatest teacher who influenced my whole life. You continued to be with me spiritually, encouraging me to work for humanism, a holistic thinking on the way to a unitarian approach in diagnosing and treating; to follow your teaching in attempts to integrate systems theory with psychoanalytic diagnosing and treating; follow your teaching to have optimism, hope and trust in the patients.

Throughout these years I followed your way of your work in Chicago, your work for the children in Topeka and seeing your pictures in the Menninger publications year by year.«

For more than half a century Karl Menninger has been the most outstanding personality in American psychiatry, which he liberated from Kraepelin's bonds. He had the ability to help his disciples in the Menninger School of Psychiatry as well as his senior disciples among the co-workers of the Menninger Foundation and Clinic to overcome the bonds of the thinking in the framework of traditional concepts.

As farewell when I left Topeka in 1965 he wrote for me on his photograph: »For my very good friend and disciple Günter Ammon, who goes to plow new fields — or perhaps old fields in a new way.«

This was the maxime of his teaching and his direct questioning was both dreaded and loved by his disciples. He disliked the juggling with categories, termini technici and long-winded erudition. During my long stay as disciple and teacher in Topeka I have learned most from Karl Menninger's personality, his humanity, his therapeutic optimism, his courage to think and act independently, his freedom from professional blinders, and his courageous originality.

When for example a young physician reported about a patient calling him a »schizophrenic«, Dr. Karl (as we liked to call him) asked in a loud voice: »What do you mean by this? What does schizophrenia mean? Tell me, what kind of person your patient is, what does he look like, what are your findings and conclusions?«

This extraordinary teacher freed both patients and disciples from their fixed ways of thinking and brought them back to their own personal core. Karl Menninger had the courage to think spontaneously and develop creatively new ideas and to discuss not yet fully elaborated theories in team meetings. He

had also the courage to deal in his book »Man Against Himself« in a sovereign way with the libido theory, oriented at the clinical needs and to achieve an integration of psychoananlytic ego-psychology and systems theory in his work »The Vital Balance« and to pave the way to the unitarian understanding of disease.

The predominant feature of his personality was his unconditional engagement for minorities: for the Indians and Negroes of America, the people in the penal institutions, the mentally ill people, political refugees like the emigrant-psychoanalysts, whom he often lent a helping hand, and the children, for whom he built an exemplary institution in the last period of his life.

Karl Menninger succeeded during all of his life in gathering people around him and in forming groups, being at the same time rooted in his family. On this occasion one has to mention the significant role of his brother William, whose eminent scientific and organisational work complemented creatively the work of his brother. His wife Jeannette played also a very important role in Menninger's life, staying faithfully at his side for many decades, in particular in the editorial work for his journal, the Menninger Bulletin.

Karl Menninger combined in his person the two essential abilities of the modern scientist: the talent as researcher and as organisator. So he created out of nothing, from a small eight-bed-hospital in a farmhouse in Topeka, together with his father Charles and his brother William the largest private non-profit psychiatric institution in the world. It was there, in this institution, that in the course of seven decades many renowned scholars gathered such as Robert P. Knight, David Rapaport, Jerome Frank, Nathan Ackerman, Rudolf Ekstein, Frederick Hacker, Robert S. Wallerstein, Philipp Holzman, Isaac Ramszy, H.G. van der Waals, Ernst Ticho, Peter Fleming, Herbert J. Schlesinger, Ann and Steven Appelbaum, Gardner Murphy, Lois B. Murphy, George Devereux, Martin Mayman and many others, complemented by guest lecturers such as Anna Freud, Margaret Mead, Aldous Huxley, Jean Piaget, Silvano Arieti, Hans-Carl Leuner, René Spitz, Walter Tomann and many others.

There are licensed editions in German of nearly all books of Karl Menninger, of which I want to make particular mention of his fundamental work »The Technique of Psychoanalytic Therapy«, which he published in cooperation with Philip Holzman.

The whole importance of Karl Menninger will only be recognized in the future. We honour and admire him as an exemplary teacher and pioneer in our science, and above all as a great man, sometimes misunderstood and deserted. We honour his efforts by supporting his successor Roy Menninger.

Berlin, November 1990 Dr. med. Günter Ammon

Self-Destruction and Borderline Personality Disorder**

Károly Ozsváth (Pécs)*

Der Autor beschäftigt sich in dieser Untersuchung mit dem wachsenden Problem der Selbstdestruktivität in Ungarn, wobei er gesellschaftliche, soziale und psychodynamische Faktoren einbezieht. Dabei betrachtet er Selbstdestruktivität als ein Versagen individueller Coping-Mechanismen bei unerwartetem oder zu starkem Streß, welche sich in unangepaßtem Verhalten, suizidalem Verhalten, Alkoholismus, Drogensucht oder Delinquenz manifestiert und als ein mißlungener Versuch der Lösung einer Identitätskrise anzusehen ist. Aufgrund seiner klinischen Untersuchungen und Interviews mit Suizid- und Suchtpatienten kommt er zu dem Schluß, daß es weder eine typische selbstdestruktive Persönlichkeit gibt noch eine Lebenssituation, in der Selbstdestruktivität die typische Reaktion ist. Vielmehr postuliert er eine prädeviante Form, die sich bereits innerhalb der frühen Kindheit in der Familie entwickelt. Als gemeinsame Merkmale stellt er fest: Störung der frühen Sozialisation, emotionale Vernachlässigung, niedrige Frustrations- und Angsttoleranz, geringe Affektkontrolle, schwaches Selbstwertgefühl, ungenügende Coping- und Abwehrmechanismen, Egozentrismus und unsoziales Verhalten, starres oder dichotomes Denken. Er unterscheidet drei klinische Typen von Selbst-Destruktivität: a) eine reaktive Form, bei der abrupte Änderungen in der Lebenssituation auslösend wirken, b) eine wiederkehrende Form, bei der schon banale Frustrationen zu plötzlichen aggressiven Durchbrüchen bei Menschen führen, die ansonsten eher angepaßt leben, und c) einer chronischen Form der Selbstdestruktivität, die chaotisch innerhalb der ganzen Lebenssituation ausagiert wird bis hin zu psychotischen Episoden. Ozsváth kommt zu der Schlußfolgerung, daß alle sozialen und individuellen Faktoren, die die Entwicklung einer persönlichen Identität fördern, selbstdestruktivem Verhalten entgegenwirken, und weist darauf hin, daß insbesondere Ammons Borderline-Konzeption neue Möglichkeiten des Verständnisses und der Behandlung dieser Patienten ermöglicht.

»The borderline patient is always a risk to himself, to the group he lives in and to society, because he has no integrated core of personality.« Günter Ammon

Introduction

The self-destructiveness has occured as long as human history has been recorded and is present in almost all societies today. Self-destructiveness usually happens in individuals that are subject to some protracted or inescapable stress, or at least who believe they are subject to such stresses. On the surface many forms of behavioural pathology are usually induced by stress: individuals are exposed to circumstances with which they cannot cope, or to circumstances outside of the normal environment for the people, may produce breakdown in adaptive mechanisms.

There have been major transitions in the modern social environment that might have increased the frequencies of coping failure. Social instability may

* Prof. Dr. med., Chairman of the Department of Psychiatry, University Medical School of Pécs, Ungarn

** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.—21.3.1989 in der Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis«

provoke the coping difficulties in the population: more and more individuals may be exposed to social contingencies for which they are not prepared. There is a substantial evidence that self-destructive behaviour among psychiatric population is greater than in the population at large, but the immediate relationship between self-destructiveness and mental disorder cannot be generalized without some expansion of the later concept.

During the last two decades in Hungary the indices of social maladjustment are increasing. Suicide is the fourth greatest cause of death among adults. The mortality rates of circulatory diseases, tumors, and accidents indicate a similar increasing tendency. A considerable increase has been observed in diverse social deviancies (alcoholism, criminality, non-organic mental disorders). To reveal and analyze the rise in deviant behavioral forms, a multidisciplinary staff worked out the concept and the methods of research project: Social Maladjustment in Hungary, 1980—1990.

Social maladjustment and self-destructiveness

Hungarian society was largely unprepared for the growth of the disorders of suicide, alcoholism and the problems connected to childhood and youth and it has been unexpectedly affected by their continual growth in a number of ways. The typical maladaptive reaction to the stresses of modern society is the self-destructive behaviour. The social maladjustment can be considered in the one hand his disfunction of the macrostructural social factors which are responsible for the identity of the society, on the other hand the disfunction of those social institutions which assure the individual's development: the familial and educational microsphere.

In the practice the socialistic society has become the prisoner of its own optimistic presuppositions and illusions. Previously our politicians believed that the radical transformation of property and power relations, the rapid improvement in the economic situation and the continous rise in the cultural level of the people — as a direct consequence — would lead to the reduction and eventually the disapperance of the unwanted social phenomena of poverty, social disadvantage and problems in social adjustment. Though the naive image of social automatism has already lost its leading position and has been the subject of criticism, we have not yet drawn the necessary practical and institutional conclusions.

There have been problems associated with the fact that the phenomena of maladjustment and self-destructiveness are usually separated from each other. At a certain point it is the spread of alcoholism that is worrying, then attention is focused on the suicide rate, at the present time it is the dilemma of child care and drug-addiction. It is due to this tendency that certain institutions are separeted from each other and thus partial strategies have been developed which focus on the solitary disorder.

The fact is that in Hungary the steady changes since the 1950s in social modernization from an earlier immobile semifeudal social system have had an impact on suicide statistics and on the increasing number of non-psychotic psychiatric disorders, particulary the personality disorders. There is also the problem of integration into new cultures, demanding the development of mechanisms for coping with new situations under conditions where the social forces responsible for individual identity have not been ffective enough to fortify this personal identity. Indirectly it might be connected with changes in the familiy roles. Probably the main effect of industrialization is the break-up of the traditional family system: more and more women began to work, more and more nuclear families came into existence.

It is important to take into consideration the social individual himself, his personal and social situation, as an essential individual factor in social adaption, although at present we are not aware of the subtle social and psychological mechanisms. It is certain that the prevention of these disorders has to be parallel with both the social level and the level of assistance to the individual.

Undoubtedly we can assume that a principal starting point of an adjustment problem is in almost every case the early period of individual development (= the period of possible prevention) and only later, depending on the circumstances or on the disposition, the resisting power and the weakness of the individual, develops it into a definite maladjustment or a specific combination of them. This way of thinking requires that we approach these disorders from a global viewpoint with an uniform logic.

On the basis of our clinical experiences with suicidal, alcoholic patients and criminal persons I have been able to accept the hypothesis of the Hungarian researchers on social maladjustment that all kinds of social deviancies might have a common predeviant form which has had its origin in the early childhood. This common predeviant form is connected with early disturbances of socialization without a later correction. On the evidence of our research and clinical work with suicidal and alcoholic patients the conclusions can be drawn that there is neither a typical self-destructive personality nor a life situation in which self-destruction is the typical reaction. People with unstable self-esteem and with insufficient social relationships respond to the stresses of modern society with self-destructive behaviour. It is important to clearly state that adjustment problems are not direct manifestations of the social and political tension and there is no direct causal link between the macrostructural affects and the individual behaviour.

Clinical experiences

Within the framework of the Hungarian research project on social maladjustment suicidal behaviour, alcoholism and other deviance patterns are considered as symptoms, in our epidemiological entity or specific syndrome which would

be responsible alone for the manifest deviant or self-destructive behaviour. On the contrary the less or more expressed disturbance of early socialization could be found in nearly all cases of suicides, alcoholics and violent persons. We can say that the majority of self-destructive patients suffers from personality disorders which might be characterized by low tolerance of frustration and anxiety and underdeveloped coping and defence mechanisms. The psychodynamics of these patients are common: insufficient self-identification, unbalanced self-esteem, egocentrism, which are responsible for the inadequate problem and conflict solutions in crisis situations: fight or flight instead of coping.

In psychodynamic theory guilt, shame, worthlessness, hopelessness and helpnessless are cited as antecedents of self-destructive motivation. In the medical and everyday practice it is well known that the same stressors can provoke very different reactions and there is no immediate relationship between the stressing events and the given responses: one can tolerate very serious frustration without a break-down, the other commits or attempts suicide, begins to drink, becomes depressive because of very common reasons.

On the basis of in-depth interviews with self-destruvtive patients (suicide attempters, suicide's relatives, alcoholics, drug-abusers, violent criminal persons) we pointed out that the ratio of psychotic patients does exceed their population rates and the majority can be considered as so-called »normal« people in the sense of everyday thinking. Contrary, we explored the insufficient supply of harmonic familial environment, emotional deprivation, lack of warm maternal care or overprotective, extremely demanding parental behaviour. We compared the sample of several hundred suicide patients with a »normal« population and we found that the disturbances in socialization were significantly more frequent among the self-destructive persons. The most relevant factors were: lack of mother's and father's care, negative mother and father in mind, conflicts between the parents, alcohol-problem in the family. The suicide and alcoholic population had more stressful life events than the control sample did.

In almost all cases a more or less expressed personality problem was registered with or without a psychiatric diagnosis. Their personality structures are diffentiated from the personality structure of a reliable person or of a mentally ill patient. According to the traditonal classification they belong to the psychopathy group, but we do not use this naming because of its pejorative content and of the negative attitudes of doctors.

When we accept that the personality disorders have their origin in the early childhood, we have to deal with psychodynamics of our self-destructive patients. *Karl Menninger* pointed out that suicidal behaviour has different kinds of manifestations, i.e. that the destructive tendency is not presented by committed suicide attempts, suicidal thoughts, alcohol and drug abuse.

In our epidemiological and clinical investigations we found a strong overlap between suicidal behaviour and alcoholism, in general addictions. We looked for the common denominators of different self-destrucitve patterns.

We observed earlier, that the self-destructive individuals have a tendency to

think dichotomously or to polarize concepts in an extreme and rigid manner. The persons use terms as all — none, always — never, they prefer the superlatives to the common attributes. Step by step we developed our working hypothesis to understand the suicidal behaviour, the addiction with the help of the ego-psychology (*Kernberg, Kohut)* and of the dynamic approach (*Henseler, Ammon*).

On the surface in a case of self-destructiveness we can see the lack of interpersonal competence: he or she is not able to control the affects; there is an incapacity to constructive cooperation: in place of empathy one can observe a strict self-centredness. We often said to each other in the clinical practice, these patients seem to persist in the childhood or in some puerilism.

At this point we meet *Ammon's* conception of personality structure and psychodynamic interpretation of personality disorder, particulary the borderline person. The borderline person — says *Ammon* — is prone to abrupt release of his or her destructive aggression. Such a person has a low anxiety tolerance. The precipitating factors rupture the »as-if-façade« of the personality. In borderline patients unexpected violent psychotic, destructive or antisocial eruptions can be triggered. This self-destructive tendency is unconscious for the patients.

We consider a self-destructive event as an inadequate solution of an identity-crisis. The own self-identity of the individual is connected in different ways with the national, historical identity of the society. The uncertain identity of the society influences the individual personal identity development — through the micro-sphere of family and schools.

Clinical types of self-destructiveness

We distinguish three clinical types of self-destructive behaviour on the basis of experiences of in-depth interviews within the frame of our research project on suicidal and drinking behaviour. The psychodynamics are common, the manifest symptoms depend on the dialectic relationship between the degree of the personality disorder and the severity of environmental stresses.

a) Provoked or precipitated self-destructiveness

There are many persons who adopt seemingly quite well to their environment. Their performance in the job and their funtioning in the everyday life is problemless. They may be well-known scientists, artists, successful managers. An unexpected traumatic event, a crisis-situation can provoke unusual, for the environment uninterpretable behaviour, for example:

— suicide or suicide attempt
— excessive drinking which may turn into chronic alcoholism
— illness behaviour (protracted recovery or invalidity)
— depressive episode (pathological mourning reaction)

The triggering factors may be:
— loss of the partner or the significant other
— loss of employment
— retirement
— severe disease or accident
— unwanted change in profession
— loss in personal prestige.

They usually do not recognize their anxiety, deny their hostility. The idealization of the partner, of the authorities is typical, but they may be easily disappointed and in their inner psychic world the ambivalent attitudes can exist together against to same person.

The prognosis of psychotherpy is favourable in the majority of the patients. The therapist should help them to elaborate or tolerate their losses, the consequences of the distressing life events.

b) »Recurrent« self-destructiveness

Common everyday traumatic life events, banal frustration — which are tolerable for the most people — may cause e.g.
— intolerable emotional tension
— frequent »neurotic« depression with suicide behaviour
— acute drinking periods (dipsomania) with longer sober periods
— hyperreactivity against loved persons.

They have social norms and a value system, but their identification is opportunistic. In well-controlled circumstances they behave in conformity with the requirements; criticism, disappointment, simple frustration may bring to surface the rebellion, abrupt aggression against themselves or against the others.

Their norms are insufficiently idealized and internalized. The self-esteem and self-identity is vulnerable, unbalanced. The suicide mother states that she loves her children; the aggressive drunken man in sober state is good as a piece of bread.

The psychiatric exploration of such patients usually discovers the very sensitive personality, the vulnerable self-esteem and the strong efforts to maintain the psychic equilibrium. The self-identity is uncertain; they try to avoid the other's criticism, sometimes with accusations. These patients are full of inferiority feelings. »In the borderline syndrome there exist well-functioning practical human-functions of skill and of the behavioural ego — this involves the great risk for society, if such personality reaches influential social positions« — says *Ammon (Ammon* 1989). They may be characterized in the sense of the Dynamic Psychiatry as »as-if-personality«.

The psychotherapeutic outcome is less favourable. They repeat their usual behaviour pattern in the therapeutic situation: idealization of the therapist or refusal of the help, later they control the therapist from the dependent position: If you do not do this or that, I kill myself. With group-psychotherapy we have had acceptable results.

c) Chronic self-destructiveness

The maladaptive behaviour begins in the adolescence, several types of deviancies occur together or successively. These patients exhibit a readiness for
— acting-out
— abrupt aggression
— deliberated self-harm behaviour
— psychotic episodes.

These abnormal eruptions can be easily triggered. They can be characterized as people with
— lack of life aims
— lack of healthy self-esteem
— lack of control of affects
— lack of empathy (sociopathy)
— deep inferiority feelings
— strong wish to be loved without in return for love.

The pathology is severe and the outcome is very poor. The majority of this patients represents the sociopathic personality; many of them are alcoholics or addicts; they have a long criminal record, more divorces, frequent change in job or unemployment. There is no motivation for psychotherapy, they do not suffer from the distress and they are not aware of their self-destructiveness.

Conclusion

On the basis of our experiences with suicide and alcohol research the conclusion can be drawn, that there is neither a typical self-destructive personality nor a life situation in which self-destructiveness is the typical reaction. People with unstable self-esteem and with insufficient social relationships respond to the stresses of modern society with self-destructive behaviour. *Ammon*'s borderline conception helps us to understand better and to treat with more hope the self-destructive patients. All social and individual factors which fortify the development of the person's identity, might be effective against self-destructive behaviour.

Selbstdestruktivität und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Károly Ozsváth (Pécs)

Selbstdestruktivität wird als eine Fehlanpassung des Individuums bei innerem oder äußerem Streß verstanden, wobei die Coping-Mechanismen versagen. Der soziale Wandel in Ungarn in den letzten Jahrzehnten hat zu sozialen

Instabilitäten und zu einem Ansteigen von Selbst-Destruktivität, von Suizid, Alkoholismus, Drogensucht, Kriminalität, nicht-organischen psychischen Krankheiten sowie von Kreislauferkrankungen, Tumoren und Unfällen geführt. Suizid ist mittlerweile die vierthäufigste Todesursache bei jungen Erwachsenen in Ungarn.

Die Entwicklung von einem semifeudalen System hin zur Industriegesellschaft, das Problem der Integration neuer Kulturen, hatte vor allem einen Wandel des traditionellen Familiensystems und damit eine Verunsicherung der persönlichen Identität zur Folge. Dies forderte den einzelnen, neue Möglichkeiten des Coping zu entwickeln und das unter Bedingungen, unter denen es den Menschen nicht gerade leicht gemacht wurde, ihre Identität zu entfalten.

Diese Entwicklung traf die ungarische Gesellschaft weitgehend unvorbereitet und zeigt sich in einer Dysfunktion sowohl der makrostrukturellen sozialen Faktoren, die für die Identität der Gesellschaft verantwortlich sind, als auch der mikrostrukturellen sozialen Institutionen, der Familie und des Erziehungssystems.

Die sozialistische Gesellschaft war gefangen in ihren optimistischen Illusionen, die Politiker glaubten, mit einer Verbesserung der ökonomischen Situation würden die unerwünschten sozialen Phänomene von selbst verschwinden. Auch wenn diese Auffassung mittlerweile aufgegeben wurde, sind bis heute noch nicht die erforderlichen Konsequenzen gezogen worden. Der Autor kritisiert, daß die o.g. Erscheinungen bisher nur voneinander getrennt gesehen und von den Institutionen nur partielle Strategien entwickelt wurden.

Ozsváth plädiert dafür, die persönliche und soziale Situation des Individuums in den Mittelpunkt zu stellen. Eine Prävention sollte sowohl den sozialen Aspekt als auch individuelle Hilfe umfassen.

Aufgrund seiner klinischen Erfahrungen mit Suizidpatienten, Alkoholikern und Straffälligen stimmt er der Hypothese einer ungarischen Forschungsgruppe, die sich mit demselben Problem beschäftigt hat, zu, wonach es bei allen Formen sozialer Fehlanpassungen eine gemeinsame prädeviante Form gibt, deren Ursprung in der frühen Kindheit liegt. Diese prädeviante Form ist verbunden mit frühen Störungen der Sozialisation. Entsprechend den situativen Umständen, den verbliebenen Möglichkeiten und Schwächen des Individuums tritt später das eigentliche Symptom zutage.

Der Autor stellt fest, daß es weder eine typische selbst-destruktive Persönlichkeit noch eine bestimmte Lebenssituation gibt, in der Selbstdestruktivität die typische Reaktion ist. Man kann nicht eine bestimmte gesellschaftliche oder politische Situation für ein fehlangepaßtes Verhalten unmittelbar verantwortlich machen. Es gibt keine nosologische Einheit und kein spezifisches Syndrom, das für das selbstdestruktive Verhalten alleine verantwortlich ist.

Auf der Basis von Tiefeninterviews bei selbstdestruktiven Patienten und deren Angehörigen, bei Alkoholikern, Drogenabhängigen, Straffälligen fand der Autor jedoch eine Reihe gemeinsamer Merkmale: Bei fast allen untersuchten

Personen stellte er eine Störung der frühen Sozialisation fest: Ungenügend harmonisches Familienklima, emotionale Vernachlässigung, mangelnde mütterliche Zuwendung oder überfürsorgliches, forderndes Elternverhalten, Alkoholproblematik der Eltern.

Es zeigten sich bei fast allen untersuchten Personen mehr oder weniger ausgeprägte spezifische Persönlichkeitsstörungen mit oder ohne psychiatrische Diagnose. Dazu gehört vor allem: Niedrige Frustrations- und Angsttoleranz, geringe Affektkontrolle, schwaches Selbstwertgefühl, unterentwickelte Coping- und Abwehrmechanismen, stattdessen eher Kampf-Flucht-Verhalten, Egozentrismus statt Empathie, Unfähigkeit zu konstruktiver Kooperation. Es ist häufig eine Tendenz zu dichotomen Denken, starrem Denken oder Denken in extremen Kategorien zu beobachten.

Für das Verständnis selbstdestruktiven Verhaltens und der Weiterentwicklung der ursprünglichen Arbeitshypothese stützt sich der Autor auf die Ich-Psychologie von *Kernberg* und *Kohut,* insbesondere aber auf den dynamischen Ansatz der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*, wobei er mit *Ammons* Konzeption der Persönlichkeitsstruktur und seiner psychodynamischen Interpretation der Persönlichkeitsstörung und speziell des Borderline-Syndroms übereinstimmt. Bei der Borderline-Persönlichkeit mit seiner niedrigen Angsttoleranz besteht nach *Ammon* immer die Gefahr eines abrupten Durchbruchs von destruktiver Aggression, wobei die »Als-ob-Fassade« der Persönlichkeit zusammenbricht. So können psychotische, destruktive oder antisoziale Eruptionen ausgelöst werden. Diese destruktive Tendenz ist für die Patienten unbewußt. Der Autor betrachtet eine selbstderstruktive Handlung als einen fehlgeschlagenen Versuch der Lösung einer Identitätskrise.

Ozsváth beschreibt drei klinische Typen von Selbst-Destruktivität. Der psychodynamische Hintergrund ist bei allen drei gleich, die Symptome hängen von der dialektischen Beziehung zwischen dem Ausmaß der Persönlichkeitsstörung und der Stärke des umweltbedingten Stresses ab:

a) Provozierte oder reaktive Selbst-Destruktivität

Diese Menschen verhalten sich im Alltagsleben unauffällig. Traumatische Lebensereignisse, Krisensituationen wie z.B. Partnerverlust, Arbeitslosigkeit, plötzliche Änderung der Lebenssituation führen zu suizidalen Handlungen, Flucht in Alkohol, Depression oder Krankheit. Im allgemeinen wird Angst nicht gespürt, Feindseligkeit verleugnet, oft werden Partner oder Autoritäten idealisiert. Die Prognose einer Psychotherapie ist gut.

b) »Wiederkehrende« Selbst-Destruktivität

Auch diese Menschen sind sozial unauffällig, verhalten sich jedoch eher opportunistisch und angepaßt. Ihr Selbstwertgefühl ist niedrig, sie sind sensibel, verletztlich und vermeiden Kritik. Schon banale Frustrationen können zu abrupten Reaktionen — auch gegenüber geliebten Menschen — und zu suizidalem Verhalten führen. Eine Psychotherapie ist schwierig, da sie dazu neigen, den Psychotherapeuten zu idealisieren oder Hilfe zu verweigern, später versuchen sie ihn zu kontrollieren, indem sie drohen: »Wenn Sie dies oder das nicht

tun, bringe ich mich um.« Dennoch kann Gruppenpsychotherapie auch bei diesen Menschen befriedigende Resultate erbringen.

c) Chronische Selbst-Destruktivität

Das fehlangepaßte Verhalten beginnt schon in der Pubertät. Diese Menschen neigen zum Ausagieren, zur abrupten Aggression, zu Selbstverletzungen und psychotischen Episoden. Es bestehen schwere Defizite im Bereich von Lebenszielen, Selbstwertgefühl, Affektkontrolle. Es besteht ein großer Wunsch, geliebt zu werden, ohne selbst Liebe zu geben. Die Mehrheit von ihnen zeigen Züge einer soziopathischen Persönlichkeit, viele sind Alkoholiker oder Drogenabhängige, es herrschen häufige Berufswechsel in der Lebensgeschichte vor. Ihre Motivation zur Psychotherapie ist gering, da sie selbst nur wenig Leidensdruck haben und wenig Einsicht in ihre Selbstdestruktivität entwickeln.

Insgesamt sind alle individuelle oder soziale Faktoren, die die perönliche Identität stärken, hilfreich gegen selbstdestruktives Verhalten. *Ammons* Borderline-Konzeption eröffnet dabei neue Möglichkeiten für ein Verständnis und eine Therapie bei diesen Patienten.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:
Prof. Dr. med. Károly Ozsváth
Department of Psychiatry
University Medical School
Pécs
Ungarn

Sleep Researches of Borderline Patients Compared with Groups of Patients with Depression, Schizophrenia and Psychosomatic Disease***

Günter Ammon (Berlin/München), Ulrich Köppen (München)*, Astrid Thome (München)**

Der vorliegende Text ist eine gekürzte englische Bearbeitung der ausführlichen Borderline-Schlafuntersuchung der Autoren (Dyn. Psychiat. (22), 253—275). Die hier vorgestellte polygraphische Schlafuntersuchung mit Borderline-Patienten (n=9) ist Bestandteil eines Querschnittvergleichs über den Nachtschlaf bei schweren psychiatrischen Erkrankungen und dient vorläufig der Validierung des Schlafpolygramms, d.h. der Suche nach aussagefähigen und diagnostisch differenzierenden Parametern und Parameterkombinationen.
Die Arbeit geht dabei der Frage nach, ob und inwieweit sich die Gruppe der Borderline-Patienten im Nachtschlaf von den diagnostischen Gruppierungen Depression, Schizophrenie und Psychosomatik (Ammon et al. 1985) unterscheidet und in welchen Parametern andere Verhältnisse vorliegen als im Nachtschlaf einer altersentsprechenden Gruppe gesunder Menschen (Williams et al. 1974).
Die hier vorgestellten Forschungsergebnisse machen deutlich, daß sich die Borderline-Gruppe auf der Ebene des Nachtschlafs von den anderen Diagnosegruppen durch einen erhöhten Anteil des REM-Schlafs — der im selben Bereich wie bei der Kontrollgruppe liegt — sowie eine erhöhte Zahl von Stadienwechseln sowie eine erniedrigte REM-Latenz unterscheidet. Statistisch nicht unterschieden sind die Borderline-Patienten von den Patienten der anderen Diagnosegruppen im gegenüber der Kontrollgruppe verminderten Anteil von Delta-Schlaf im Schlafstadium 4 bei Erhöhung des Stadium-1-Anteils.

Aim of the sleep diagnostics of the Dynamic-Psychiatric hospital Menterschwaige (Munich) is to validate the polygram of night sleep with respect to a differentiated personality diagnosis. The evaluation of sleep diagnostic is based on the following three principles:

1. The human-structural concept of *Günter Ammon*'s Berlin School of Dynamic Psychiatry is a model of interdependence between the following three structural parts of personality:
— the central non-conscious part,
— the primary biological part,
— the secondary part of human functions such as thinking, intelligence, speach, abilities and skills.

This personality model proceeds from the assumption that all three parts are reflected in each other (*Ammon* 1979).

2. Research results of the ontogenetic development of night sleep are considered in the interpretations of the polygram.

* Psychiater, Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
** Dipl. Psych., Mitarbeiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
*** Referat gehalten auf dem 10. Kongreß der European Sleep Research Society (ESRS) vom 20.—25. Mai 1990 in Straßburg

3. The unitary understanding of early archaic ego-diseases, which include all psychiatric diseases, implies a deficit in the central core of personality, the place of the non-conscious central human functions such as aggression, anxiety, ego-demarcation, narcissism, ego-regulation etc. (*Ammon* 1976).

Investigations of patients with different diagnosis groups exeeding the usual sleep parameters and combinations of parameters aim at the possibility to interprete the sleep profile as a method of representing the sleep structure, a personality profile, which proceeds from a biological level of measurement.

The aim of this study is to investigate the discriminable biological features of borderline patients as against other psychiatric patients and control subjects in terms of night sleep parameters.

Methodics

This study is an extension of a previous study (*Ammon* et al. 1985), in which 25 patients of the Klinik Menterschwaige had been examined, who, according to human-structural (*Ammon* et al. 1982) and ICD-diagnostics, were allocated to the following diagnosis groups:
— narcissistic depression (n=8),
— schizophrenia (n=8),
— psychosomatic disease (n=9).

For the 9 newly examined borderline patients the following diagnostical procedure applies:
— a rating of experts based on a detailed investigation of the patient's life-history carried out seperately by psychoanalists resp. psychiatrists, psychologists and social workers;
— results of psychological tests;
— direct observations in the diagnostic process;
— the integration of human-structural diagnostics into ICD-criteria according to governing symptoms, side symptoms and differential diagnosis.

Each patient slept in the sleep laboratory for two consecutive nights, the first night served to settle down; the sleep polygraphic records made in the second night were evaluated according to the standards of *Rechtschaffen* and *Kales* (1968).

The borderline group was statistically compared to each of the other diagnostic groups, to a control group taken from literature (*Williams* et al. 1974) and to the total number of the other groups of patients (see table 1 and figure 1).

The results presented in this paper refer to the standard parameters of sleep period time (SPT), the percental quote of the sleep stages 1, 2, 3, 4, awake and REM, the REM latency and the number of stage shifts. The means and variances of these parameters were analyzed by means of t-test resp. F-test.

Table 1: Night Sleep EEG Measures (Mean + Variance) of Borderline Patients (BP), compared with Narcissistic Depressive (ND), Schizophrenic (S), Psychosomatic Patients (PS) and Control Subjects (C); s = Standard Deviation

		BP (n=9)		ND (n=8)				S (n=8)			
		x	s	x	s	Var.	Mean	x	s	Var.	Mean
SPT		450.26	45.13	479.38	38.27	n.s.	n.s.	458.79	49.13	n.s.	n.s
Awake	%	6.85	7.25	4.01	4.63	n.s.	n.s.	1.85	1.57	*	n.s.
Stage 1	%	13.50	6.37	17.17	5.00	n.s.	n.s.	18.79	4.76	n.s.	n.s.
Stage 2	%	51.75	5.75	56.29	10.03	n.s.	n.s.	56.20	5.28	n.s.	n.s.
Stage 3	%	3.92	4.46	3.94	5.37	n.s.	n.s.	5.00	5.61	n.s.	n.s.
Stage 4	%	0.09	0.26	0.87	1.63	*	n.s.	0.09	0.26	n.s.	n.s.
REM	%	23.89	5.75	17.71	5.39	n.s.	*	18.07	4.57	n.s.	*
REM Lat	%	61.70	26.93	111.63	70.83	*	n.s.	73.42	40.92	n.s.	n.s.
Number of Stage Shifts		213.33	49.18	165.13	37.92	n.s.	*	173.88	35.57	n.s.	n.s.

Figure 1: Diagramme of means and variance of borderline patients (BP, n=9), the whole group of other patients (ND+S+PS, n=25) and the control group (C, n=41). The means of the various stages of the control group represent the standard of reference marked by the horizontal line in the figure on the right.

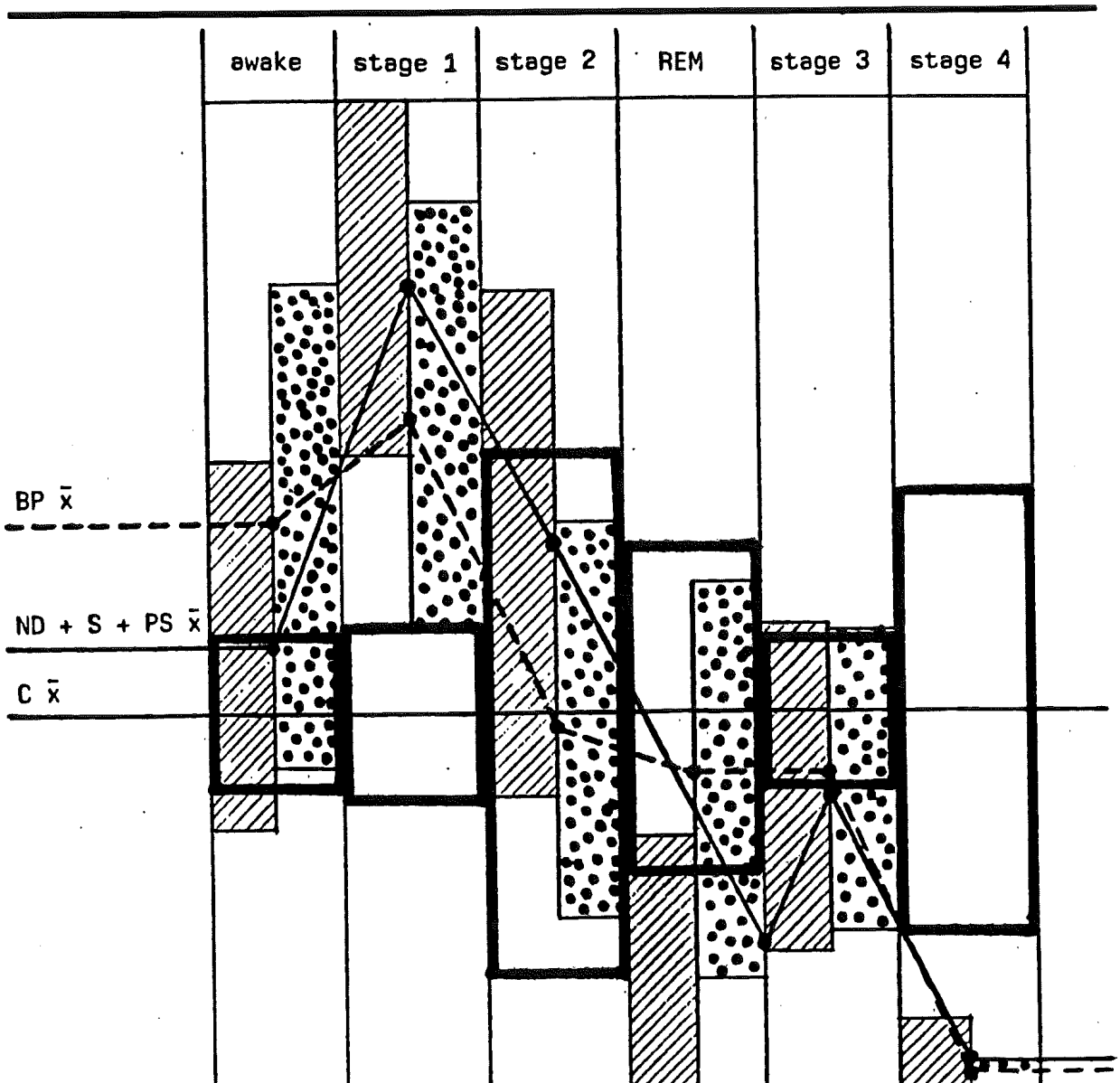
Standard deviation Borderline Patients (BP)

Standard deviation Narcissistic Depression (ND) + Schizophrenia (S) + Psychosomatic Disease (PS)

Standard deviation Control Group (C)

PS (n=9)				C (n=41)				
x	s	Var.	Mean	x	s	Var.	Mean	
461.78	35.09	n.s.	n.s.	429.39	19.59	**	n.s.	SPT
4.18	7.51	n.s.	n.s.	1.27	2.23	**	n.s.	Awake %
16.36	3.72	n.s.	n.s.	4.62	3.37	**	**	
58.44	6.60	n.s.	*	51.98	7.64	n.s	n.s.	Stage 1 %
1.91	2.71	n.s.	n.s.	5.90	2.19	**	n.s.	Stage 2 %
0.03	0.00	**	n.s.	10.44	6.38	**	***	Stage 3 %
19.07	3.50	n.s.	*	25.79	4.84	n.s.	n.s.	Stage 4 %
66.26	25.35	n.s.	n.s.	88.12	30.04	n.s.	*	REM %
								REM-Lat
143.89	30.17	n.s.	**	71.93	18.22	* ***		Number of Stage Shifts

Level of significance:
*=p<5%
**=p<1%
***=p<0,1%
n.s.=p<no significance



Results

A comparison of the means (see table 1 and figure 1) shows for the borderline group, similar to the other diagnosis groups, a significant increase of stage 1 ($p<1\%$), and a significant decrease of stage 4 ($p<0{,}1\%$) as against the control group. There is a significant increase in the number of stage shifts compared to the group of narcisistic depression ($p<5\%$), to the group of psychosomatic disease ($p<1\%$), and a highly significant increase as against the control group ($p<0{,}1\%$).

The sleep of borderline patients clearly differs from that of all other patients in so far as they have a significantly higher proportion of REM sleep ($p<5\%$). As to this feature they come close to the sleep of the standard control group.

As against the other diagnosis groups this additional proportion of REM sleep seems to correspond to a smaller amount of sleep stage 1 especially in comparison to the group with schizophrenia (10%-level) as well as to a smaller amount of sleep stage 2 (10%-level) compared to the group with narcissistic depression.

A highly negative correlation between the relative proportion of REM sleep and sleep stage 1 within the borderline group (-.79) indicates the characteristic features of REM sleep in this group. In the other diagnosis groups there is a high correlation between sleep stage 1 and 3 ($r= -{,}59$; $p= .002$), according to which sleep stage 1 increases to the degree to which sleep stage 3 decreases (*Ammon* et al. 1985). This is not true for the borderline group. Here the high correlation between REM-sleep and sleep stage 1 is relevant. REM-sleep increases to the degree to which sleep stage 1 decreases.

As well as other authors (*Akishal* et al. 1985, *McNamara* et al. 1984, *Lahmeyer* et al. 1988) we also found a significantly reduced REM latency in the borderline group compared to the control group ($p<5\%$), a characteristic which is supposed to be one of the biological markers for major depressive disorder.

The cyclic structure of sleep in the borderline group corresponds to control group standards, i.e. means and variances of the periods of REM phase and REM interval do not differ from those of the control group.

Interpretation

Günter Ammon's concept of borderline disease (*Ammon* 1976, 1989) characterizes the borderline person as one who is severely affected in the central core of his personality and blocked up in his identity development.

The »archaic deficit« (*Ammon* 1976) is at first sight less perceptible in the borderline disease than in other clinical pictures of psychiatry such as narcissistic depression, schizophrenia and psychosomatic disease. It is masked, compensatorically regulated by well developed skills, »secondary human functions« (*Ammon* 1979) such as thinking, intelligence, speach etc. as well as by a behavioral ego adapted to the environment or to his internal world.

		Group A (n=8)		Group B (n=26)		Variance	Mean
SPT	%	425.25	40.59	463.99	42.48	n.s.	n.s.
Awake	%	0.98	0.72	5.32	6.41	**	**
Stage 1	%	12.47	3.31	17.56	5.14	n.s.	*
Stage 2	%	53.35	5.91	56.34	7.55	n.s.	n.s.
Stage 3	%	11.29	1.72	1.30	1.44	n.s.	***
Stage 4	%	1.07	1.54	0.01	0.04	***	n.s.
REM	%	20.84	5.21	19.47	5.38	n.s.	n.s.

Level of significance: * = p<5%
** = p<1%
*** = p<0,1%
n.s. = not significant

Table 2: Comparison of Mean ($\bar{x}$) and Variance (Var.) between Patients with increased stage 3 (Group A) and Patients with decreased stage 3 (Group B); s=Standard Deviation

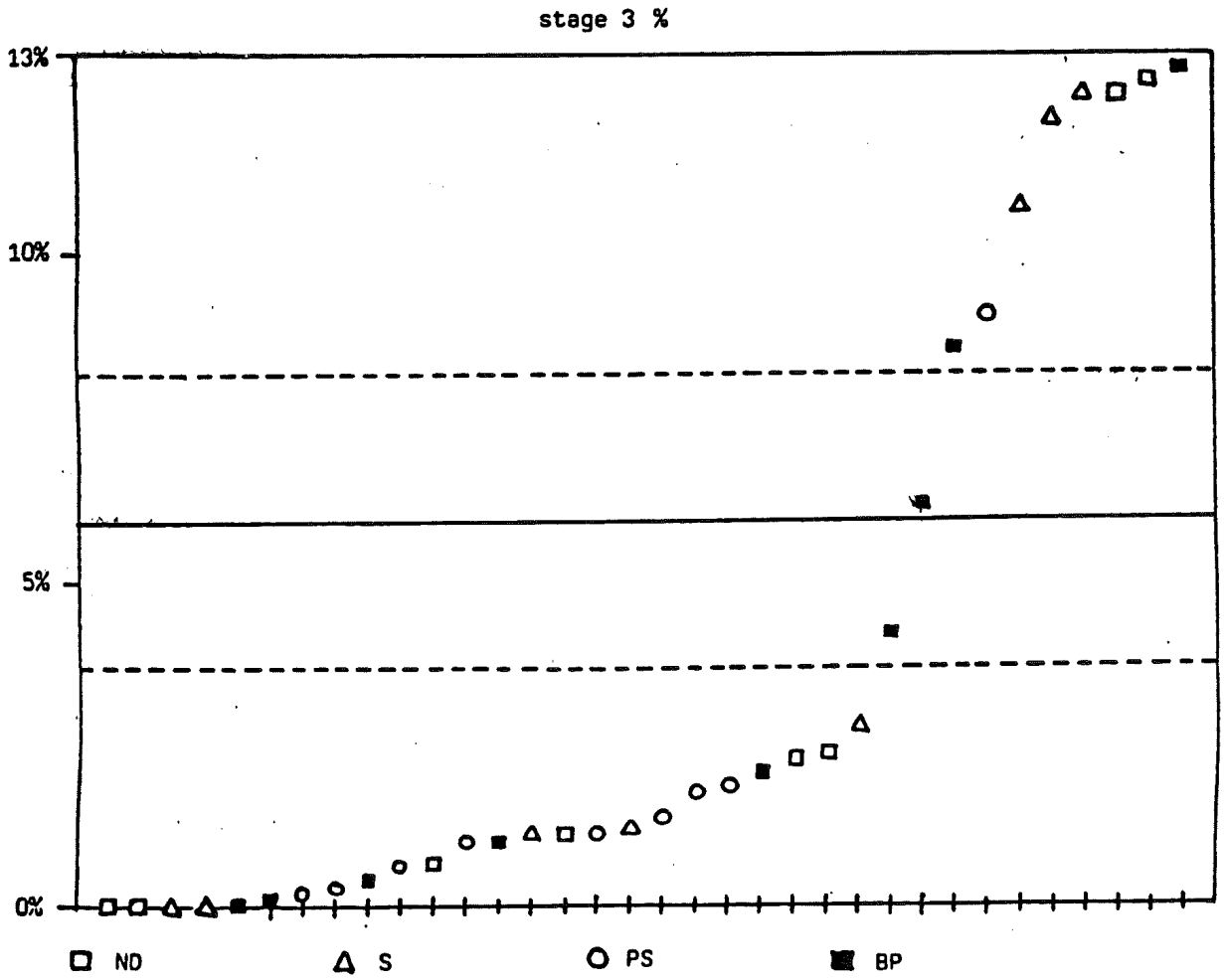


Figure 2: Distribution of the relative values of all patients regarding the parameter of stage 3. The continuous line represents the mean while the dotted line represents the variance of the control group.

With respect to a number of parameters the borderline group as a whole can be demarcated from the other diagnostic groups, i.e. on the neurophysiological level of night sleep the borderline group can be regarded as an unitary group. On the other hand the borderline group shares the deficit which is characteristic of the other three groups.

In sleep this deficit appears in the form of an entirely increased vigility of activating and activation regulating functional systems which can be regarded as a developmental deficit within the regulative systems. Four patients reach delta sleep stage 3 only to small extent (8 minutes) or not at all. As against the standard control group two patients of the borderline group showed an increase in stage 3. This extreme position of the two borderline patients could also be observed in alltogether 6 patients of the other diagnose groups (group A: see table 2 and figure 2). These patients (n=8) as compared to those with a smaller amount of stage 3 and a higher amount of stage 1 (group B, n=26) were hardly able to take part in the therapeutic process showing a highly destructive narcissism in contrast to their self-assessment.

The increased degrees of dysregulation in the night sleep of borderline patients can be seen in the trend to frequent interruptions of sleep by awakening (p=10%) as against the group of schizophrenia and a significantly increased number of stage shifts compared to the groups of narcissistic depression, psychosomatic disease, and control group.

We regard this as an expression of increased destructive aggression and increased destructive and deficitary anxiety which cannot be digested within the adaptive-regulative system of night sleep and can thus not be integrated into personality.

The reduced REM latency can be regarded as a sign of the borderline patient's depression (*Ammon* 1976, 1989) which is basically inherent in his experience, and which corresponds to his deep feeling of being deserted, which he feels, however, only in extreme life situations.

In our way of understanding the increased proportion of REM sleep and the negative correlation of REM and stage 1 means that the borderline patient disposes of a greater amount of REM sleep at a higher functional level of development than the other patients, which serves, through its inner stimulation function, to compensate for his integration and regulation deficit.

We think, however, that the borderline patient's REM sleep must be insufficient, each time to a different degree, since we found here and there extensive diffusion in the sleep stages of most of our patients. This corresponds to the intermediary sleep of the early ontogenesis, which contains part of REM and NREM sleep. After having studied the REM sleep of normal persons and persons with psychiatric diseases, *Rotenberg* and *Arshavsky* (1984), too, came to the conclusion that the REM sleep of the patients examined by them must be insufficient on the basis of a number of characteristics. An extension of REM sleep does not have the central function of adaption to situations requiring a nature identity, i.e. it only isufficiently seves the purpose of reducing anxiety.

According to a hypothesis within the field of brain physiology (*Koella* 1988), the central nervous system encodes enormous quantities of stimuli out of the state of wake activities with the aid of REM sleep, resp. reproduces specifically encoded material experienced in the state of wake acitivities, modifies and integrates new stimuli which again are encoded in the form of an new creation. Assuming that the different processes of NREM-sleep are interwoven and related to each other, that they differentiate and mature in early ontogenesis, we derive the hypothesis that encoding is prepared during REM sleep on an extremely large spectrum of modalities of emotion and action, and that the actual process in terms of selection and integration, i.e. storage into long-term memory occurs during the different NREM stages.

The final storage and initial selective processing of wake material into long- and short-term-memory occurs with an increased independance of cortical function during the inital intervals, above all during the so-called stage 4. The integration of material of the entire ontogenesis up to the present, preprared by the processes during REM sleep occurs in further intervals during NREM-sleep, by means of specific connecting and deconnecting cerebral systems.

We assume that the integrational function of REM-sleep is only then relevant for man's creativity, ego-integration and synergism of central human functions, if an integration on the cortical level as a whole is reached. It can be assumed that REM processes are only then relevant, when the NREM-sleep stages as a developed structure and function of neuronal networks can be differentiated and become functionally effective. The assumption that our patients have sufficient REM sleep must be rejected on the grounds that slow-wave stages are reduced on the one hand and on the other hand that sleep stage 4 is completely lacking in most cases.

Schlafuntersuchungen mit Borderline-Patienten im Vergleich zu Gruppen von Patienten mit Depression, Schizophrenie und Psychosomatik

Günter Ammon (Berlin/München), Ulrich Köppen (München), Astrid Thome (München)

Als von den anderen Diagnosegruppen nicht unterschieden erweist sich die Gruppe der Borderline-Patienten in der erhöhten Vigilität des Nachtschlafs, die verglichen mit dem Schlaf Gesunder (*Williams* et al. 1974) insbesondere in einem Mangel an Deltaschlaf des Stadiums 4 und teilweise auch des Schlafstadiums 3 und in einer Erhöhung in Stadium 1 liegt. Die Autoren interpretieren dies als Entsprechung zum klinisch und testpsychologisch erfaßten tiefgreifenden Defizit an Ich-Integration und Ich-Regulierung in der Borderline-Persönlichkeit, das über die gut ausgebildeten Fertigkeiten und Fähigkeiten des Verhaltens-Ichs kompensiert wird. Im Nachtschlaf übernimmt diese das Defizit kompensierende Funktion der funktionell höher als bei den Patienten der anderen Diagnosegruppen entwickelte REM-Schlaf, der hier in seinen Mengenverhältnissen im Bereich der Kontrollgruppennorm liegt.

Auch in der Abgrenzung gegenüber dem Wachgeschehen tritt in der Borderline-Gruppe verstärkt der innenregulierte REM-Schlaf ein, was sich in einer gegenüber den anderen Patientengruppen und der Kontrollgruppe verkürzten REM-Latenz dokumentiert. Die Verkürzung des Zeitraums bis zum Auftreten der ersten REM-Phasen gilt in der Schlafforschungsliteratur als biologischer Marker der nicht-psychotischen Depression.

Der vereinzelt in seinen Mengen sogar extrem angestiegene REM-Schlaf dürfte aber bezüglich der Komplexität seiner Aufgaben insuffizient bleiben, insofern REM auf lange Strecken hin nicht von den Stadien 1, 2 und Wach hinreichend unterscheidbar wird, ähnlich dem noch nicht ausdifferenzierten Schlaf in der frühen Ontogenese.

Die Anzahl der Stadienwechsel ist hoch signifikant im Schlaf der Borderline-Patienten sowohl gegenüber den anderen Patienten als auch gegenüber der Kontrollgruppe erhöht. In diesem Merkmal und der Tendenz zu häufigeren Wachunterbrechungen treten im Höchstmaß dysregulierende Momente in den Schlaf ein, was die Autoren als Ausdruck gesteigerter Angst interpretieren, die nicht im adaptativ-regulativen System des Nachtschlafs verarbeitet werden kann.

Literature

Akiskal, H.S., Yerevanian, B.I., Davis, G.C., King, D., Lemmi, H. (1985): The nosologic status of borderline personality: clinical and polysomnographic study. In: Am. J. Psychiatry (142) 192—198

Ammon, G. (1976): Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317-348

— (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

— (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976. In: Psychiat. (22) 1—15

Ammon, G., Burbiel, I., Finke, G., Wagner, H. (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)

Ammon, G., Burbiel, I., Köppen, U., Hoffsten, M. (1985): Neue Ansätze zu einem Verständnis von Schlafprofilen unter ontogenetischen Aspekten — eine Pilot-Study aus der human-strukturellen Schlafforschung. In: Dyn. Psychiat. (18) 111—113; 175—200

Koella, W.P. (1988): Die Physiologie des Schlafes — Eine Einführung (Stuttgart, New York: G. Fischer)

Lahmeyer, H.W., Val, E., Gaviria, F.M., Prasad, B., Panedey, G.N., Rodgers, P., Weiler, M.A., Altman, E.G. (1988): EEG Sleep, Lithium Transport, Dexamethasone Suppression, and Monoamine Oxidase Activivty in Borderline Personality Disorders. In: Psych. Res. (25) 19—30

McNamara, E., Reynolds III C.F., Soloff, P.H., Mathias, R., Spiker, D., Coble, P.A., Kupfer, D.J. (1984): EEG Sleep Evaluation of Depression in Borderline Patients. In: Am. J. Psychiat. (141) 182—186

Rechtschaffen, A. and *Kales, A.* (1968): A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System for Sleep Stages of Human Subjects. (Washington D.C.: Public Health Service, U.S. Government Printing Office)

Rotenberg, V.S. and *Arshavsky, V.V.* (1984): Search Activity and Adaption (Moskau: »Nauka« Publishers)

Williams, R.L., Karacan, J., Hursch, C.J. (1974): EEG of human sleep: Clinical applications (New York: John Whiley & Sons)

Adresses of the authors:
Dr. med. Günter Ammon
Meierottostraße 1
1000 Berlin 15

Ulrich Köppen
Dipl. Psych. Astrid Thome M.A.
Diagnostic and Psychology Department of the
Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige
Geiselgasteigstraße 203
8000 München 90

International Forensic Psychiatry Predictability of Dangerousness

George B. Palermo* (Milwaukee)

In der vorliegenden Arbeit diskutiert George Palermo das für demokratische Gesellschaften brisante Problem von gerichtspsychiatrischen Prognosemöglichkeiten für zukünftige gewalttätige Delikte. Grundsätzlich haben Gesellschaften, die ihrem demokratischen Anspruch gerecht werden wollen, einen ständigen Balanceakt zu vollführen zwischen Maßnahmen, die gesellschaftliche Sicherheit garantieren, und solchen, welche die Freiheit und Würde der Einzelpersönlichkeit schützen. Um dieses Verhältnis nach beiden Seiten so zufriedenstellend wie irgend möglich lösen zu können, ist es nach Ansicht des Autors erforderlich, der Gerichtspsychiatrie entscheidende Mitspracherechte bei der Urteilsfindung einzuräumen. Dies setzt allerdings voraus, daß die Gerichtspsychiatrie sich dieses gesellschaftlichen Auftrags bewußt ist und ihn in Verantwortung übernimmt. Dazu gehört vor allem die Weiterentwicklung und Verfeinerung der diagnostischen Verfahren, so daß zuverlässige Vorhersagen möglich sind.
Davon jedoch ist die Gerichtspsychiatrie noch weit entfernt. Vielmehr werden die verschiedensten, sich z.T. widersprechenden diagnostischen Verfahren angewandt, denen sehr unterschiedliche Denkansätze zugrunde liegen, wobei neurophysiologische und freudianische Ansätze immer noch überwiegen. Die Prognosemöglichkeiten sind höchst unterschiedlich und insgesamt beschränkt. Dies gilt nicht nur für die USA, auf die sich Palermo hauptsächlich bezieht, sondern u.a. auch für Westdeutschland. Wie Hessel (1989) nachwies, hat das Borderline-Konzept, wie es Günter Ammon entwickelt hat, in die Gerichtspsychiatrie bisher praktisch keinen Eingang gefunden. Dabei weisen gerade Borderline-Persönlichkeiten aufgrund ihrer verinnerlichten destruktiven Aggression einen »latenten Zug zur Kriminalität« (Ammon 1979) auf, was sie allerdings hinter einer häufig intakten, z.T. sogar brillianten Fassade verstecken können. Dadurch wird das Problem der Vorhersagbarkeit gerade in diesen Fällen besonders virulent. Gerade hier müßten somit künftig die Diagnoseverfahren ansetzen, bzw. die in diesem Rahmen von Ammon und seiner Schule entwickelten diagnostischen Verfahren müßte sich die Gerichtspsychiatrie zunutze machen, wenn sie im Interesse einer demokratischen und humanen Gesellschaft, wie auch Palermo sie fordert, handeln will.

The concept of dangerousness

Dangerousness as the danger of an individual inflicting serious bodily harm on another or the propensity to engage in dangerous behavior and commit a serious offense has been amply debated. A prediction of violence should necessarily include short and intermediate term. The ability of mental health professionals at large and specifically forensic psychiatrists to predict violence and dangerousness in an accurate and reliable manner has been, and continues to be, questioned (*Kozol, Boucher, Garofalo* 1972; *Steadman* 1973, 1976; *Cocozza, American Psychiatric Association* 1974). The issue is quite controversial and has created not only an array of opposite views but also some frustration amongst professionals and jurists, and has certainly created confusion in the delivery of justice throughout the world.

The Seventh Criminological Colloquium held in Strasbourg in November

* George B. Palermo, M.D., Associate Professor of Clinical Psychiatry, Wisconsin Medical College Milwaukee, Wisconsin; Associate Professor Adjunct, Department of Social and Cultural Sciences, Section of Criminology and Law Studies, Marquette University, Milwaukee, Wisconsin

1985, considered the concept of dangerousness from a theoretical, socio-psychological, and juridical point of view. Dangerousness was defined as a »serious risk of committing a serious offense.« The conclusion was that any prediction of dangerousness could be made only for a short term. It was stressed that a defendant's past and personal history, his mental status, and the environment in which he lives are major factors to be taken into consideration. It was also stated that an increasing dangerousness could be promoted by an overemphasis on safety measures. A suggestion was made for a program which would balance the therapeutic action and society's safety (*Seventh Criminological Colloquium* 1986). *Shah,* by stating, »The prediction of violent behavior is difficult under the best circumstances«, aptly defined the disturbing difficulty that professionals in the psychiatric and forensic fields are faced with (*Shah* 1978).

European countries assess future dangerous behavior at different stages in the criminal procedings. In West Germany dangerousness is considered independently from responsibility and is also taken into account in the planning of treatment. In Italy, only when the defendant is supposed to be mentaly ill the expert is called in to assess dangerousness, otherwise it is done by the court. Norway, Portugal, and Spain, evaluate dangerousness at the time of sentencing and the expert conclusion does not bind the judge. In Sweden psychiatrists are called in to evaluate defendants as to dangerousness and their opinion is usually accepted by the courts. In England and Canada an assessment of dangerousness is part of the evalution of the defendant. At the same time the possibility of an underlying mental illness is made. In Switzerland dangerousness and mental illness are assessed together, but expert opinions are not binding. In the Netherlands dangerousness takes into consideration both the offender and the offense. Special attention is given to the possibility of recidivism due to psychic disorder. In the USSR symtoms of »evident danger« are vague. For example, it may be »hypochondriacal delusions causing an abnormal, aggressive attitude in a defendant or ill person towards individual organizations and authorities, a systematic syndrome of delusions with a chronic deterioration resulting in behavior dangerous to society.«

In France dangerousness is considered only in cases of civil commitments. The judicial Procedure of Iceland considers dangeroussness at the time of sentencing and expert opinions are usually accepted. There, dangerousness is statistically rare — only one or two homicides a year! In Greece, contrary to Denmark, dangerousness is considered at the time of assessment of criminial responsibility. Expert opinion is usually accepted and the case is reviewed every three years as to dangerousness (*Seventh Criminological Colloquium* 1986). In the United States dangerousness is assessed separately from responsibility, usually upon the request of the court, and often during pre-sentence investigation.

Wettstein, in 1988, stated, »Predictive reliability and accuracy remain poor, and significant numbers of false positive predictions continue to be made« (*Wettstein* 1984). In a study by *Kozol,* et.al., in 1972, it is reported that staff incorrectly predicted violence two times out of three (*Kozel, Boucher, Garofalo*

1972). On the contrary the study by *Cohen,* at.al., in 1978, showed that 86% of staff predictions were correct (*Cohen, Groth, Siegel* 1978). The difficulty in predicting dangerous behavior is well known and well accepted by all. That, though, should not be a deterrent in searching for guidelines which would make our diagnostic judgement more accurate. In the midst of such diverse, frustrating, opinions which could have a negative influence, the statement by *Monahan* looms large as a stimulating, illuminating beacon. »There is nothing alien about using predictions of the future behavior of others to guide our conduct; it is hard to imagine life without such assumptions, both of the continuities and discontinuities of the behavior of others and without reliance on such assumptions. It would certainly be difficult to cross a city street; driving a car would be unthinkable.« And again he states, »Predictions of dangerousness are a necessary factor in regulating the relationship between individual and state. We are more concerned with the moral problem raised by the use of long-term predictions of violent behavior, predictions concerned with months and years, not hours and days« (*Monahan* 1981).

Socio-historical background

The term psychopathic, synonymous with an explosive, aggressive type of personality commiting heinous crimes, was commonly used during the early part of the 19th century. Studies by *Gall* and *Gardwell* began the inquiry into man's violent behavior. »Destructiveness, combativeness, acquisitiveness, secretiveness, amativeness, were specifically responsible for crimes . . . and they, the criminals, were the unfortunate victims of unduly preponderant lower propensities, without the counterbalancing effect of higher faculties.« *Morell's* theory of degeneracy, and *Lombroso's* »born criminal«, swept Europe at the turn of, and during, the early part of the 20th century. *Lombroso's* belief in the existence of the »born criminal« and his description of him is still, unfortunately, observable in some of our criminals: »Frequency of tatooing, blinding violent passions insisting on vengeance, wild courage with lack of foresight . . . conscious avoidance of everything that civilized man hold dear.« He believed in the atavistic nature of the criminal. »They talk like savages.«

A shift towards the criterion of social behavior, with the replacement of the term psychopath with sociopath, took place in the first part of the 20th century. This theory accentuated the individual's non-conformity to society and predilection for crime against the soical structure. *Mary Jarrett,* the founder of the psychiatric social work profession, began this second enlightenment in the field of criminology. *John Augustus,* a Bostonian, with his stress on probation and psychological and medical analysis of criminal behavior further developed the idea that the criminal him/herself is not only a victimizer of society but also a victim.

The Aristotelian idea that punishment for crime would have not only a retributive but also a deterrent aim was no longer at the center of attention.

Judge *Gordoza's* opinion, in 1915, changed the concept of moral wrong into that of legal wrong (*Bromberg* 1965). The concept of an offense against the law of the land took over against the immutable, eternal, moral principle. That goes along with the philosophical, social, theories which were present throughout the world from 1850 through 1930.

Psychological and psychiatric studies

In the field of psychology *Freud,* himself, after being involved with the development of his libido theory, also dealt with the problem of human aggressiveness. He stated that human aggressiveness comes about through a fusion of the life instinct with the death instinct. The death instinct, representing the organism's desire to die, would be changed into redirecting these negative impulses outwardly. Dying, or the desire to die, would be replaced by the desire to kill and the basic death instinct would then be defeated (Freud 1959). Against *Freud's* idea is one of his pupils, *Theodor Rank,* who beautifully stated, »The death fear of the Ego is lessened by the killing, the sacrifice, of the other; through the death of the other, one buys oneself free from the penalty of dying, of being killed.« *Rank* had a more profound and existential approach to the problem at hand (*Becker* 1973).

Much closer to us, *Karl Menninger* tried to explain human aggression with his theory of dysfunction/dyscontrol. He claimed that the explosive destructive act or series of acts is the outcome of internal disorganization, Ego weakness, and its incapacity to control basic, dangerous impulse. He thought that chronic, repetitive, aggressive behavior, or episodic, impulsive violence, such as homicidal assaultiveness could be explained in this manner (*Menninger* 1973). A recent study by *Binder* and *McNiel* confirms the above. »A decompensating patient with poor impulse control may be at risk for violence in the community regardless of the diagnosis.« In their study both the diagnosis of schizophrenia and mania were associated with dangerous behavior and many patients were more unpredictable, explosive, and out of control during the first period of their hospitalization (*Binder, McNiel* 1988).

The study by *Yesavage, Werner,* et.al., points out that psychiatrists used patients' hostility as a predictor of future violence. They also gave importance to suspiciousness, tension, excitement, and a prior assaultive act as predictors (*Yesavage, Werner, Becker* 1982). *Monahan's* model, in assessing dangerousness, blends three types of prediction: anamnestic, actuarial, and clinical. His suggestions are for a short term and specific prediction of dangerousness (*Monahan* 1982).

Among the various traits described by *Ostrov* in assessing dangerousness we find poor reality testing, thought disorder, paranoid thinking, excited rage, impulsivity, super-ego deficit. He emphasizes the lack of coping skills such as empathy, introspection, the ability to reach out for people, and being able to look at the humorous side of a situation (*Ostrov, Offer, Marohn* 1972).

Bidinotto lists the following dangerous traits of the serial killer: shows less regard for rights and feelings of his peers, irresponsibility, disregard of authority, failure to abide by rules and regulations, ability to shut off conscience at will, and deadened conscience (Bidinotto 1989).

The MMPI. attempts to correlate its scales with hostile, explosive, psychopathic, violent behavior, and in the Rorschach test color responses correlate with impulsivity and manifest hostility.

In the midst of such diversity of opinion the California Supreme Court with Tarasoff II in 1976 created a legal duty for mental health professionals to diagnose and predict dangerousness (*Applebaum* 1985). The study by *Tancredi* and *Volkow* brings some neurophysiological factual understanding of violent behavior. Indeed, PET studies reveal that defects in brain functioning are related to particular behavior and that it might be possible to show that an individual acted outside of his own control. Results of these studies suggest that chronic, recidivistic, violent behavior, even though a minimal part of the larger bulk of criminal offenses, has a biological predisposition. The predisposition derives from a rather complex interaction between multi-genetic factors and their reaction to the environment (*Tancredi, Volkow* 1988). In can be hoped that in the near future higher technology, including SPECT, will also help in the prediction of dangerous behavior.

Statistics

In 1980, the homicide rate in the United States was higher than at any previous time in this century. As years have gone by the problem has assumed frightening proportions. Statistics reveal that 20,675 Americans were murdered in 1988 an increase of 2.9% over the previous year. The slayings occured primarily in the nation's cities which experienced a 4% increase in the number of murders. The number of murders increased 10% in the northeast, 4% in the south and 1% in the west, while the midwest had a 3% decline in the number of slayings. The nation's overall murder rate was 8.4 per 100,000, but the major city with the highest rate, Washington, D.C., reported a rate more than 7 times as high, 59.5 (*U.S. Government Printing Office* 1981, 1989).

Reflections

There is no doubt that sociological, psychiatric, and unfortunately, political factors, are involved in the determination and prediction of violence or dangerousness, and that the equanimity of doctors' opinions may be thought to be manipulated by the system »to serve the intention of the court and jury«, or the present day libertarian society. *Gerin* has observed that, »The psychiatrist does not have to make a legal evaluation of a defendant. That pertains to the magistrate. He or she, the forensic psychiatrist, has to evaluate the psychopathology of the offender and his report must be complete, objective, and logi-

cally deductive, and, from symptoms to diagnosis, has to be persued above and beyond theoretical, soical philosophy, or psychiatric view«. His approach and the previously reported statement by *Monahan* find, fortunately, a great deal of support in a large strata of the unknown, but reliable, forensic psychiatrists and jurists (*Gerin* 1950, *Monahan* 1981). Better diagnostic procedures are called for in order to predict more accurately future violence, even though such predictions are accurate only to a reasonable degree of medical, psychological, or juridical certainty. Objectivity and equanimity should be maintained.

The most important variable, says *Stone,* is the actual past criminal conduct (*Stone* 1975). This tenet accords with a major dictum of *Freud*ian psychoanalysis, that history is the best prediction of future behavior. Obviously predicting dangerousness should be of primary concern when releasing sexual psychopaths and people who have been hospitalized after being acquitted by reason of insanity whose previous behavior had been habitually dangerous.

One should not deduce the possibility for future dangerousness from an isolated, individual trait, even though it may have the connotation of dangerousness. One should remember that violent and dangerous acts are, in many individuals, relatively infrequent, occur in rather specific interpersonal and situational contexts, may be state dependant (under the influence of alcohol or other drugs), and may not be very representative of the individual's more typical behavior. *Morris* and *Miller* aptly state that, »A merciful and just system of punishment presupposes leniency towards those who least threaten social injury; and this, in turn, inexorably involves predictions of dangerousness« (*Morris, Miller* 1985).

Even though the prediction of dangerousness is a difficult task, there is no doubt that the forensic psychiatrist's knowledge and experience can render a better expertise than *Szasz'* common man (*Szasz* 1963). *Stone* is quite negative in some of his writing regarding the possibility of predicting dangerousness but his statement, ». . . the best predictor of future acts is post acts«, is difficult to accept. (*Stone* 1975)

The APA task force and many other investigators who have been studying the problem of predicting future dangerousness have come up with opposite, controversial, and confusing statements such as, ». . . Judgements are fundamentally of very low reliability. . . Past behavior must be clearly repetititve. . . Recidivism is specific to the previous crime. . . Immediacy of harm, likelihood of harm, can not be stressed strongly enough. . Some persons are at a comparatively higher risk for future risk for violence than are others. . . (*American Psychiatric Association* 1974). *Karl Menninger* warned us, »It is the possibility of unusual behavior that we have to anticipate and predict« (*Becker* 1973). *Hans Toch* includes among types of unusual behavior, ». . .the unstable, who may shoot because of a propensity to be clumsy, boisterous, fearful, touchy, or sadistic« (*Toch* 1969).

Cohen stated, »It is a perilous, narrow path. . . To balance order and liberty properly is a sociopolitical and not a clinical issue and this must be done by so-

ciety's courts and legislature. The physicians should not attempt to usurp society's rights in resolving the conflict between safety and liberty« (*Cohen, Groth, Siegel* 1978). But to our knowledge the experts do master a wealth of psychiatric and human knowledge. Their participation as professionals in the forensic field and the very fact that they are members of a troubled society should be welcome in such important and complex decisions. The unawareness of the past or the dismissal of past observations would obviously throw away centuries of reflections and deprive us of an historical testing ground.

Guidelines

Many experts have concluded that the prediction of dangerousness is more a socio-legal judgement and that dangerousness itself is neither a psychiatric nor a medical diagnosis. The APA task force report at one point stated, »Some persons are at a comparatively higher risk for future violence than others« (*American Psychiatric Association* 1974). It is exactly those »some persons« that we would like to detect and predict.

Our perusal of the literature and our personal experience have led us to believe that the following steps should be followed in predicting dangerous behavior: A meticulous examination of the »precipitating incident« may yield much information of value in making a prediction. Many authors have stated that it should be up to the judiciary to assume the responsibility of making such a soico-legal determination.

Because of the common difficulty encountered in predicting violence, the mental health professionals should improve their diagnostic acumen. They should assume the difficult role of properly assessing, based on their professional knowledge of each individual case, the probable future violence of the examinee. They should co-operate at their best with the judiciary and the judiciary with them. Their reports should be made in simple terms without any professional jargon and in a deductive way. They should be aware of the many studies and observations made by many scholars in this particular field who, during the entire history of criminal science, have tried to categorize individual traits of aggressive, dangerous behavior.

It is legitimate to presume the possibility of future dangerousness by a person who committed a crime in circumstances that were not in all probability conducive to a criminal act. Even though dangerousness should be regarded as the outcome of interaction of person, situation, and environmental factors, since the individual is a social being, the personal characteristics of the defendants should be given the most attention. Above all, though, competency and objectivity on the part of the examiner should be present. The examiner should have knowledge of theoretical, clinical and research literature regarding the problem of »future dangerousness« and he should be free from prejudice of any type. The precipitating incident of violent behavior should be thoroughly analyzed, as this can usually shed much information on the emotional

reactivity of the defendant to stress and help in making a prediction. The actual aggressive act should be described in its finest particulars. Emphasis should be given to the seriousness of the alleged offense. Demographic factors closer to the defendent to be considered are: age, sex, race, socio-cultural background, education, employment, social stability, previous history of alcohol addiction and psychoactive substance use (LSD, marihuana, heroin, methadone, cocaine, amphetamines, barbiturates), recency, severity, and frequency of previous violent acting out, base rate of violence in that particular individual who belongs to that particular class of people, history of previous jail sentencing for disorderly conduct, and previous hospitalizations for psychiatric illness especially those involving paranoid thinking and paranoid behavior. The defendant's demeanor during the examination and during his incarceration. The examiner must assess the defendant's conscious or subconscious hostility towards soical structure or authority in general, his propensity to impulsive acting out, with his possible inability for self reflection and introspection and his disregard for the feelings and rights of others to the point of a deadened conscience should be assessed. His tendency to react or not in a violent way, such as in assault, battery, rape, injury and murder, while under family, peer group, employment stress, or inner psychological turmoil should be checked. The possibility of similarity between the past context and future context in which the defendant will eventually function should be investigated.

Suspiciousness, hostility, tension, excitement, and prior assaultive action along with the seriousness of the alleged offense should be taken into consideration. Even though we agree with *Hans Toch*'s statement: »A violent man is a person who has a propensity for taking action which culminates in harm to another.« We do not agree with his following statement: »Such a person could be validly and reliably identified only on the basis of his record of violent acts« (*Toch* 1979). That is not always the case, and obviously, there is always a first violent act.

Conclusions and suggestions

»To predict that one is dangerous is safer. . .« or that »a person released as not dangerous can cause great harm. . .« summarize the absurd emotional bind in which the most profound thinkers of this matter find themselves (*Stone* 1975). It is conceivable that this disinterest in decision making on the part of the experts, their guarded uncommitable reports, or their blaming, or being blamed by, the judiciary for not assuming the responsibility in the prediction of dangerous behavior is the consequence of a climate of deresponsibilization of society at large, promoted by social relativism. Our society is in need of constructive criticism and specific guidelines for good functioning.

It is also possible that the occasional, inconsistent, overinclusive, vague, non-commital, self-defensive, and, at times, subconsciously partisan, expert testimony has contributed to the confusion of the courts regarding the credibili-

ty of the forensic psychiatrist's expert testimony. This may have created a climate of rejection of the ability of the mental health professionals to predict, in an adequate way, violent acts of patients and non-patients and the belief that psychiatrists agree no more frequently than other health and criminal justice personnel in their assessment of dangerousness. The institution of an appointed panel of experts (attorney, psychiatrist or psychologist, sociologist, violent crimes expert) who together would examine the supposedly dangerous individual, could probably bring about more objectivity, the sharing of responsibility, and less future recriminations.

The international social climate is disorderly and confusing, and, at times, frightening. What some people have termed as »the abdication by the judiciary of its responsibility« in what is thought to be more a socio-legal judgement, should not create a passive-aggressive indifference in the forensic psychiatrist as well. The forensic psychiatrist, along with the judiciary and the social scientist, should call on a sense of responsibility towards their fellow man, their families, their society, and the world at large. All of them should make an effort to contribute at their best, together, to the efficiency of our distressed legal system. A recent evaluation of 411 patients by 96 different clinicians showed good interrater reliability for assessment of dangerousness and committability (*Lidz, Mulvey, Applebaum* et al. 1989). Psychiatrists and psychologists, even though limiting their role to providing an estimate of the probability of future violent behavior, make, in so doing, their expertise not only a source of valid professional communication but also of humane interest. The prediction of dangerousness is necessary in order to keep our civilized world together and our daily living as secure as possible. *Monahan* recently stated, »We are talking of murder, rape, robbery, assault, and other forms of violent behavior. There is a widespread social consensus which transcends political, racial, and economic groupings, that such activities tear at the already frayed social bonds holding society together. It seems to me that when we lend professional assistence, however marginal, to improve society's control of those who will murder, rape, rob, and assault — provided that we do not let the nature of that assistence be overstated or distorted — we have nothing for which to apologize« (*Monahan* 1984).

A negligent and indifferent attitude towards this basic social issue should be condemned and avoided. It could have disastrous consequences for all. Common sense, soupled with professional expertise, should be at the basis of simple, clear, and logical forensic reports. Upholding the evidence of facts would establish a better and more realistic means of co-operation and communication, supporting *Franco Ferracuti*'s statement, »The mental health system and the criminal justice system in any given country are interlocking and complimentary parts of the same deviance control apparatus within a society that is trying to cope with and care for the various and changing groups of defendants. . .« (*Ferracuti* 1986).

An international standardization of forensic psychiatry, especially regarding

the prediction of dangerous behavior, should be promoted. People's problems and consequent behavior are basically the same regardless of cultural differences.

Internationale forensische Psychiatrie — Vorhersagbarkeit von Gewaltdelikten

George B. Palermo (Milwaukee)

Ein im Rahmen der forensischen Psychiatrie viel diskutiertes Thema ist das der Vorhersagbarkeit von gewalttätigen kriminellen Delikten. Die Möglichkeiten seitens der Psychiatrie, solche Delikte einigermaßen zuverlässig prognostizieren zu können, werden immer wieder angezweifelt. Wenn überhaupt, dann wird in der Regel allenfalls kurzfristigen Vorhersagen eine gewisse Verläßlichkeit zugebilligt. Das gesellschaftspolitische Problem, um das es im Zusammenhang mit dieser Frage zentral geht, ist, eine Balance zu finden zwischen dem Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft einerseits und dem Recht des Einzelnen auf eine gerechte, seine menschliche Würde wahrende Behandlung andererseits.

In den europäischen Ländern wird das Problem künftiger gewaltättiger Delinquenz und Gefährdung in Strafrechtsprozessen sehr unterschiedlich gehandhabt. In Westdeutschland z.B. wird dieses Problem unabhängig von der Frage der Verantwortung und Schuldfähigkiet behandelt und wird auch bei therapeutischen Maßnahmen in Betracht gezogen. In Italien werden nur im Falle einer vermuteten psychischen Erkrankung Experten zur Prognostizierung möglicher Gefährdung hinzugezogen; andernfalls fällt dies in den Aufgabenbereich der Gerichte. Während in Norwegen, Portugal, Spanien und in der Schweiz psychiatrische Gutachten zu dieser Frage für das Gericht keine verbindliche Bedeutung haben, fließt die Expertenmeinung in Schweden üblicherweise in das Gerichtsurteil ein.

Grundsätzlich jedoch sind die psychiatrischen Prognosen oftmals zweifelhaft und jedenfalls von sehr unterschiedlicher Qualität. So ergibt eine Studie von *Kozol* et al. (1972), daß von drei psychiatrischen Prognosen zwei sich als falsch erwiesen haben. Umgekehrt ergibt eine Studie von *Cohen* et al. (1978), daß in 86% der Fälle die Vorhersagen stimmten. Um dieses moralische Problem in den Beziehungen zwischen Staat und Individuum künftig besser lösen zu können, müssen angemessenere diagnostische Verfahren entwickelt werden.

Ende des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die europäische Diskussion im Bereich der forensischen Psychiatrie von *Morells* Degenerationstheorie und von *Lambrosos* Theorie des »geborenen Kriminellen«, der seiner atavistischen Natur ausgeliefert ist, geprägt. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts erfolgte eine Wende zu sozialen Erklärungsmustern, wobei der bisher gebräuchliche Begriff des Psychopathen durch den des Soziopathen ersetzt

wurde. Jetzt wurde die soziale Nonkonformität des Kriminellen betont, dessen Delikt sich gegen die Gesellschaftsstruktur richtet. Diese Wende wurde von *Mary Jarrett* eingeleitet. *John Augustus* entwickelte den Gedanken, daß der Kriminelle sich nicht nur an der Gesellschaft vergeht, sondern auch als ihr Opfer zu betrachten ist. Judge *Cordoza* ersetzte das moralisch Verwerfliche durch das vom Gesetz her Verbotene. Der aristotelische Gedanke einer Bestrafung nicht nur zur Vergeltung, sondern auch zur Abschreckung verlor seinen zentralen Stellenwert.

Im Rahmen der Psychologie hat sich zunächst v.a. *Freud* mit der menschlichen Aggressivität auseinandergesetzt. Seiner Theorie zufolge entsteht gewalttätige Aggression durch eine Vermischung von Lebens- und Todestrieb, wodurch der Todestrieb nach außen gerichtet wird und der Wunsch zu sterben durch den Wunsch zu töten ersetzt wird. Dagegen hat ein Schüler *Freuds*, *Theodor Rank*, behauptet, daß durch die Tötung des anderen die eigene Todesangst abgeschwächt wird. Sehr viel differenzierter hat *Karl Menninger* die menschliche Aggressivität mit Hilfe seiner Theorie der Dysfunktion/Dyskontrolle erklärt. Danach ist die explosive destruktive Handlung das Ergebnis von innerer Desintegration, Ich-Schwäche und Unfähigkeit, grundlegende gefährliche Impulse zu kontrollieren. Eine kürzlich erschienene Untersuchung von *Binder* und *McNiel* (1988) unterstützt diese These.

In Bezug auf die Vorhersagbarkeit künftiger Gewaltakte und die dazu verwandten diagnostischen Verfahren gehen die Positionen jedoch immer noch weit auseinander; die Methoden sind häufig wenig differenziert. Eine Studie von *Yesavage, Werner* et al. (1982) ergibt, daß die von den Patienten an den Tag gelegte Feindseligkeit von Psychiatern als wesentliches Anzeichen künftiger Gewaltätigkeit genommen wurde; als weitere wichtige Indikatoren wurde gesehen: Mißtrauen, Angespanntheit, Erregung und vorangegangene tätliche Angriffe. Nach *Monahans* Modell (1982) sind bei der Prognose drei Ebenen zu unterscheiden: die anamnestische, die statistische und die klinische. *Ostrov* (1972) nennt folgende Indikatoren: mangelnder Realitätsbezug, Denkstörungen, Paranoia, Jähzorn, Impulsivität, defizitäres Über-Ich sowie ein grundlegender Mangel an solchen Fähigkeiten wie Empathie, Introspektion, Kontaktfähigkeit, Humor. *Bidinotto* (1989) zählt folgende Charakterzüge als Hinweis auf künftige gewalttätige Delinquenz auf: geringe Rücksichtnahme auf die Rechte und Gefühle von anderen, Verantwortungslosigkeit, Mißachtung von Autoritäten, die Unfähigkeit, sich an Regeln zu halten, die Fähigkeit, das Gewissen gezielt auszuschalten oder völlige Gewissenlosigkeit. Andere Untersuchungen konzentrieren sich eher auf neurophysiologische Faktoren wie Gehirndefekte u.ä. und unterstellen, daß chronisch gewalttätiges Verhalten auf biologische Prädispositionen zurückzuführen sei, die aus einer komplexen Interaktion zwischen multi-genetischen Faktoren mit ihrer Umwelt entstehen (z.B. *Tancredi, Volkow* 1988).

Angesichts der Tatsache, daß die Mordziffern in den USA (und nicht nur dort) ständig steigen, sind verbesserte Prognosemöglichkeiten auf diesem Feld

dringend erforderlich. Bisher haben unseligerweise nicht nur psychiatrische und soziologische, sondern auch politische Faktoren eine Rolle bei prognostischen Gutachten gespielt, wobei die Expertenmeinung oftmals durch den Wunsch, dem Gericht dienlich zu sein oder sich einer libertären Gesellschaft konform zu zeigen, mit beeinflußt wurde. Allgemein gilt noch immer der Grundsatz von *Freud*, daß die Vergangenheit die beste Vorhersage auch für die Zukunft ist. Dies ist jedoch kein zufriedenstellender Zustand. Künftige Gefährdung darf nicht aus einzelnen isolierten Charakterzügen abgeleitet werden, zumal kriminelle Delikte in der Regel in spezifischen interpersonellen und situativen Kontexten vorkommen. So hob z.B. *Karl Menninger* warnend hervor, daß es gerade die Möglichkeit ungewönlichen Verhaltens ist, welche es zu antizipieren gilt.

Es müssen jedoch nicht nur gerichtspsychiatrische Diagnosemethoden verbessert werden; es müssen auch die Gerichtspsychiater eine qualifiziertere Ausbildung erhalten. Vor allem müssen sie sich im gesamten Bereich der relevanten Literatur auskennen und dort besonders die fortgeschrittensten Ansätze zur Kenntnis nehmen. Bei der Diagnose müssen sie die Person des Täters, seine Ich-Struktur, seine Lebensumstände, seine Lebensgeschichte, sein soziales Umfeld usw. ebenso sorgfältig untersuchen wie die äußeren Ereignisse, welche die Tat ausgelöst haben.

»Es ist sicherer, von der Gefährlichkeit einer Person auszugehen. . .«, oder: »eine Person, die als ungefährlich entlassen wurde, kann großes Unheil anrichten« — solche Einstellungen dominieren noch immer die Debatte zum Thema. Daran drückt sich auch eine grundlegende Entscheidungsunwilligkeit aus bzw. ein Mangel an Bereitschaft unter den Gerichtspsychiatern, Verantwortung zu übernehmen. Es ist dies ein Ausdruck einer grundsätzlich an Verantwortungslosigkeit und sozialem Relativismus leidenden Gesellschaft. Dieser Mangel an Verantwortungs- und Entscheidungsbereitschaft auf Seiten der Gerichtspsychiatrie hat aber auch dazu geführt, daß die Gerichte psychiatrische Gutachten oftmals nicht ernst genug nehmen und sich leicht darüber hinwegsetzen. Hier ist bei allen Beteiligten eine Neubesinnung notwendig, in deren Ergebnis die gleichberechtigte und gleichermaßen verantwortliche Beteiligung von Juristen und Psychiatern an der erforderlichen Entscheidungsfindung stehen muß.

Cohen (1978) stellte zwar einerseits richtig fest: »Es ist ein gefährlicher, enger Weg. . . Ordnung und Freiheit im Gleichgewicht zu halten, ist ein gesellschaftspolitisches, kein klinisches Problem und fällt daher in den Aufgabenbereich von Judikative und Legislative. Die Ärzte sollten sich nicht das Recht der Gesellschaft anmaßen, den Konflikt zwischen Sicherheit und Freiheit zu lösen.« Andererseits jedoch verfügen — zumindest potentialiter — die Experten über einen großen Fundus an psychiatrischem und menschlichem Wissen. Ihre Beteiligung auf dem Gebiet der Gerichtspsychiatrie und die Tatsache, daß sie selbst Mitglieder der betroffenen Gesellschaft sind, sollte sie daher auch zur Beteiligung an Entscheidungs- und Urteilsfindung berechtigen.

Literature:

American Psychiatric Association (1974): APA Task Force Report 8: Clinical Aspects of the Violent Individual. (Washington, DC)
Applebaum P.S. (1989): Tarasoff and the clinician: problems in fulfilling the duty to protect. Am J Psychiatry (142) 425—429
Becker E. (1973): The Denial of Death. (New York: Free Press)
Bidinotto R.J. (1989): Crime and consequences. (Freeman)
Binder R.L., McNiel, D.E. (1988): Effects of diagnosis and context on dangerousness. Am J Psychiatry (145) 728—732
Bromberg, W. (1965): Crime and the Mind. (New York: MacMillan)
Cocozza J.J., Steadman H.J. (1976): The failure of psychiatric predictions of dangerousness, clear and convincing evidence. Rutgers Law Review (29) 1084—1101
Cohen M., Groth A., Siegel R. (1978): The clinical prediction of dangerousness. Crime and Delinquency (1) 28—39
Freud S. (1959): Instincts and their vicissitudes. In: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud, Vol IV. Edited by *Strachey J.* (London: Hogarth Press)
Gerin, C. (1950): Medicina Legale e delle Assicurazioni, III. (Rome: Schirri)
Hessel, T. (1989): Beurteilung der Schuldfähigkeit in Strafprozessen anhand des Borderline-Konzeptes von Günter Ammon. In: Dyn. Psychiat. (22), 330-342
Kozol, H., Boucher R., Garofalo R. (1972): The diagnosis and treatment of dangerousness. Crime and Delinquency (18) 371—392
Lidz C.W. Mulvey, E.P., Applebaum P., et al. (1989): Commitment: The consistency of clinicians and the use of legal standards. Am J Psychiatry (146) 176—181
Menninger, K. (1973): The Vital Balance. (New York: Viking Press)
Monahan, J. (1981): The clinical prediction of violent behavior. DHHS Publication, no. [ADM] 81—921. (Washington, DC: Government Printing Office)
— (1982): Clinical predictions of violent behavior. Psychiatric Annals (11) 509—513
— (1984): The prediction of violent behavior: toward a second generation of theory and policy. Am J Psychiatry (141) 10—15
Morris, N., Miller M. (1985): Crime and justice. In: Annual Review of Research. In: *Tonry, M. Morris, N.* (Ed.) (Chicago: University of Chicago Press)
Ostrov, E., Offer, D., Marohn, R.C., et al. (1972): The impulsivity index: its application to juvenile delinquency. J Youth Adelescence (6) 179—196
Seventh Criminological Colloquium (1986): Strasbourg
Shah, S.A. (1978): Dangerousness. Am Psychologist (3) 224—238
Steadman, H.J. (1973): Some evidence on the inadequacy of the concept and determination of dangerousness in law and psychiatry. J Psychiatry Law (1) 409—426
Stone, A. (1975): Mental Health and the Law: A System in Transition. (Washington DC: Superintendant of Documents, U.S. Government Printing Office)
Szasz, T. (1963): Law, Liberty and Psychiatry. (New York: MacMillan)
Tancredi, L.R., Volkow, N. (1988): Neural substrates of violent behavior: implications for law and public policy. Int J Law Psychiatry (11) 13—49
Toch, H.H. (1969): The Violent Man. (Chicago: Aldine)
— (Ed.) (1979): Psychology of Crime and Criminal Justice. (New York: Holt, Rhinehart, Winston)
U.S. Government Printing Office (1981): Crime in the United States. 1980 Uniform Crime Reports for the United States. (Washington, DC: Superintendant of Documents)
— (1989): Crime in the United States. 1988 Uniform Crime Reports for the United States, (Washington, DC: Superintendant of Documents)
Wettstein, R.M. (1984): The prediction of violent behavior and the duty to protect third parties. Behav Sciences Law (2) 291—312
Yesavage, J.A., Werner, P.D., Becker, J.M.T., et al (1982): Short term civil commitment and the violent patient. Am J Psychiatry (139) 1145—1149

Address of the author:
George B. Palermo, M.D.
925 East Wells 316
Milwaukee, WI 53202
USA

Automatism — The Borderline Legal Liability**

Amnon Carmi (Haifa)*

Der Autor beschäftigt sich mit Definition, Wesen und Phänomen des Automatismus, ein Problem, das insbesondere bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit von Straftätern eine Rolle spielt. Unter Automatismus wird ein Verhalten verstanden, das während eines veränderten Bewußtseinszustandes, ohne Selbstkontrolle und ohne Intention stattfindet. Geht es aus medizinischer Sicht eher darum, das Phänomen zu erklären und zu behandeln, stehen die Juristen vor der Situation, eine Balance zu finden zwischen den Interessen des Angeklagten und dem Strafbedürfnis der Gesellschaft. Der Autor nennt einige Ursachen für das Phänomen: Physischer oder psychologischer Reflex auf ein unerwartetes oder schockierendes Ereignis, Diabetes, Tumore, Hypnose, Somnambulismus, Epilepsie. Bei nachgewiesenem Automatismus gilt der Angeklagte im allgemeinen als unzurechnungsfähig und muß freigesprochen werden. Anhand einiger Fallbeispiele und Gerichtsurteile geht der Autor auf die besonderen Schwierigkeiten bei der Beweisführung ein. Da die Angaben des Angeklagten nicht ausschlaggebend sind, muß ein medizinischer Sachverständiger hinzugezogen werden. Dieser muß nicht nur seine Schlußfolgerung, sondern auch den Prozeß seiner Entscheidungsfindung dem Gericht offenbaren. Das medizinische Gutachten ist für das Gericht nicht bindend, die letztendliche Entscheidung und das Urteil soll unter Abwägung aller Faktoren in jedem Fall den Richtern vorbehalten bleiben.

1. Automatism — what is it about?

The goal of medicine is to treat the ill automatist, whereas the law occupies itself with the issue of responsibility. The different backgrounds and the conceptual variance of the physicians and the jurists bring about the distinction between the various definitions. Legal minds and medical minds frequently find difficulty in coming to a common understanding as to what constitutes a disease of the mind, and this is nowhere more apparent than in the case of automatism. »Let's get it straight from the start, that although the law and medicine both use the same word »automatism«, they each mean something quite different« (*Fenwick PBC,* Automatism and the Law. »British Journal of Hospital Medicine«, Dec. 1986, P. 397).

The physicians try to explain the nature of the phenomenon, where as the jurists are obliged to determine the frame and the terms for the liability of the automatist. The question is not — what is the correct definition of automatism, and no harm is done if the jurists adopt a definition which is not accepted by the physicians, as long as all are aware of the fact that each one fills the form with different meanings. Both, jurists and physicians speak about the lack of consciousness: »Undirected behavior that is not controlled by conscious thought« (*Kaplan* et al., Comprehensive testbook of Psychiatry, 3rd. ed. 1980. Baltimore: Williams, 3, P. 3312).

* Professor, Judge, Judge at the District Court of Haifa, President of the Society for Medicine and Law in Israel; Vice-President of the World Association of Medical Law; Counselor to the President of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Haifa

** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.—21.3.1989 in der Hochschule der Künste Berlin, zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis«

However the physicians, unlike their legal colleagues, speak about states of defective consciousness too: »An automatism is an act carried out in an altered state of consciousness, during which consciousness, volition, and memory are impaired, although muscle tone, posture, and automatic movements remain intact« (*Fenwick*). In ancient times legal responsibility had been imposed in every case of a committed crime. In the course of time liability has been limited to cases where the offenders have acted consciously and willingly. Insane offenders had been exempted from liability a long time ago, but automatism placed a new challenge: The need to find the proper balance between the interest of the defendant who acted unconsciously and the risk of removing the barriers and the sting of the punishments.

Such a balance might be achieved either by defining automatism as a state of absolute lack of consciousness, or by adopting the medical definition and imposing liability in cases of partial consciousness. The first course has been taken by various legal dictionaries:

»A state of mind and body in which an individual may act without being conscious of what he is doing, or without controlling, or being able to control, his conduct, so that it is involuntary« (*D.M. Walker,* Oxford Companion to law).

»This is applied to actions or conduct of an individual apparently occuring without will, purpose, or reasoned intention on his part; a condition sometimes observed in person who without being actually insane, suffer from an obscuration of the mental faculties, loss of volition or of memory or kindred affections (Black's Law Dictionary, 5th ed. 1979. St. Paul: West, P. 122).

A New Zealander court defined automatism as »An action without any knowledge of acting, or action with no consciousness of doing what was being done« (*R.V. Cottle* (1958) N.Z.L.R. 999). Same: Draft Bill of the Law Commission on Codification of the Criminal Law (Law Com. No. 143, 1985), Clause 43(1):

»A person is not guilty of an offence if — (a) he acts in a state of automatism, that is, his act is a reflex, spasm or convulsion, or occurs while he is in a condition (whether of sleep, unconsciousness, impaired consciousness or otherwise) depriving him all control of his movements«.

A somewhat weaker formulation has been suggested by a South-African judgement: »A disturbance of the consciousness as a result of a condition not voluntary induced, eg. concussion, inadvertent absorption of a sedative, a pathological failure of the nervous system or some other condition not equated to 'mental disease'« (*Trickert,* 1973 (3) SA 526 (T) 531).

Generally, automatism is classified as »insane automatism« and »sane automatism«. Insane automatism relates to mentally ill persons who suffer from automatism. Sane automatism deals with people who do not suffer from a diseasef their mind but act in absence of the mind.

Various court decisions deal with the different phenomena of sane automatism, as we shall try to show in the following illustrations.

2. The will element

Human behavior does not create a crime unless it is accompanied by will. The will reflects the person's competence to choose a certain mode of behavior, prefer that kind of conduct to another or refrain from performing certain acts. The plea for exemption due to lack of will is equivalent to the allegation that there is no opportunity to choose an alternative line of action. The defendant does not deny the existence of a physical act, but claims that the behavior was not accompanied by — or derived from mental ability to choose between alternative courses.

The opinions differ whether the element of will is part of the actus reus or does it belong to the mens rea. However, there is no doubt that the existence of will constitutes a basic element for the proof of crime. The phenomenon of automatism illustrates that kind of behavior which is not motivated by human will.

3. The phenomena

Automatism is caused by different injuries, defects or diseases. The following list is not a closed one. The modern scientific developments may reveal new factors, and some of the old conceptions may be found to be incorrect.

a) Reflex

Reflex is an unconscious reaction to some external stimulus, like the instinctive reaction of the driver who is stung by a bee. Another kind of reflex may be caused by an injury which brings about reflexive shock and loss of consciousness. A Canadian court decided that a defendant who suffered from automatism due to grievous psychological shock, should be asquitted (R.V.K. (1970), 3 C.C.C. (2 d) 84; (1971) 2 O.R. 401).

b) Diabetes

An English court has acquitted the defendant who was accused of causing grievous injuries to a woman. An expert expressed his view that the defendant suffered from hypoglycaemia, and that he was in a state of automatism while beating the victim (R.V. Marlin (1958) Cr.L.R.P. 449 (The Times — 25.10. 1957).

In another case (R.V. Quick (1973) 3 All E.R. 347), a psychiatric nurse was accused of beating a patient. An eyewitness testified that the defendant was sitting nearby the patient, with a glassy look in his eyes, and did not respond to any questions. Another witness told the court that immediately after the event the defendant collapsed and lay on the floor. The defendant did not remember anything. His physician told the court that the defendant, who suffered from diabetes since his childhood, lost his consciousness and was hospitalized a couple of times due to hypoglycaemia. The defendant was acquitted.

It is well established that surplus of insulin in the blood may cause loss of self-control, loss of memory and loss of consciousness, as well as uncontrolled agressivness. Same symptoms might be found in the case of lack of insulin (hyperglycaemia).

c) Tumours

An Israeli court acquitted the defendant in the follwing case (Cr.C. Tel-Aviv 630/66, State v. Greenberg, P.M. 55, 335): The defendant arrived at the flat of the complainer in order to whitewash the walls. Suddenly, without any motive, reason or provocation, he attacked the landlady and beat her with an iron bar. In the police station the defendant complained of severe headache and dizziness. The experts' view was that the defendant suffered from a brain tumour which brought about the state of automatism (Same: R.v. Charlson (1955) 1 All E.R. 859). Several court decisions regard automatism caused by organic factors as insane automatism (R. v. Kemp (1956) 40 Cri. App. R. 121).

d) Hypnosis

A few questions arise with regards to the responsibility of a person who acts while being in an hypnotic state. First of all, people who enter this stage willingly may be asked to accept the risks and the liability. Secondly, an hypnotized person is able to control himself to some extent and in certain stages. Therefore, the court is expected to check the plea of automatism in each case of alleged hypnosis and determine whether it is a real case of unconsciousness or lack of will, for which the defendant is not to be blamed.

e) Somnambulism

In general, the courts acquit defendants who commit their crimes while being in state of somnambulism. In H.M. Advocate v. Frazer ((1878) 4 Cuper 70), the court acquitted a father who while being in a state of somnambulism, murdered his daughter, whom he believed to be a wild beast (Same; Fain v. Commonwealth, 78 KY. 183 (1879)).

f) Epilepsy

Lack of will is regarded as a valid defence where a physical act is made during an epileptic seizure which has caused loss of consciousness. In R.v. Sullivan ((1983) 2 All ER. 673), the defendant was accused of causing grievous injuries to the victim. It was shown that the defendant suffered from an epileptic seizure: The court acquitted him from the charge, regarding him as an insane person. This decision was criticized by many psychiatrists who claimed that epileptics do not suffer from mental disease and should not become despised by such a classification (Lancet, 1.9.84, p. 528).

J. Gunn reports a case of a defendatn who had murdered his wife and was sentenced to life imprisonment (*J. Gunn,* Epileptic Homicide: A case report.

*This type of quotation refers to judicial decisious.

Brit. J. Psychiat (1978), 132, 510). Thirteen years later he was released and transferred to a medical center.

A. Bartholomew and others (Epileptic Homicide, Brit. J. Psychiat. 133, 564) claimed that the court should have acquitted this defendant on the automatism ground. Such a conclusion has been drawn in a case where the defendant had murdered his mother (*H.B. Milne,* Epileptic Homicide: Drug — Induced, Brit. J. Psychiat (1979), 134, 547), and in a case where the defendant had stabbed a stranger (*R.v. Cope, W.M. Donovan,* A case of insane automatism? Brit. J. Psychiat (1979), 135, 574).

In the case of *R.V. Charlson* ((1955) All E.R. 859), a father stood with his son (10) nearby the window, looking down upon a rat. Suddenly, without any motivation or provocation on behalf of the child, the father hit him and threw him out. The father did not remember what happened after the accident, and could not explain the reason for his deeds. The jury was approached by the judge (P. 861):

»The intention of the accused can of course only be inferred from all the circumstances which have been proved before you. Neither you nor I can never look into the mind of an accused person and say, with positive certainty, what his intention was at any particular time. A jury is entitled to infer a man's intention from his acts. As you were rightly told by the learned counsel for the prosecution when this case was opened, in normal circumstances a man is presumed to intend the normal and usual consequnece of his acts. If a man consciously and deliberately strikes another man or woman with a mallet of this kind, in ordinary circumstances any jury would feel entitled to say that must have been intended to do some serious injury. You cannot hit people on the head with a mallet, or strike them in the chest with a knife, without the extreme probability that serious injury will occur; and therefore, other circumstances being equal, the jury is perfectly entitled to infer the intention from the mere act itself.«

Concerning the expert testimony, the judge explained: »The medical evidence shows that there has been history of ill health in the accused's family, and particulary ill health of a certain kind, the existence of which in the accused is at least suspected by the medical officer of the prison. The accused's mother died of cerebal haemorrhage; his mother's sister (his aunt) died of a cerebral tumour; his own sister died of meningitis; and his brother, who is still alive, has had an operation for a mastoid.

You have that family history, and you have the history of certain complaints which the accused has mentioned to the prison doctor. The accused has told the prison doctor that six or seven years ago he had some trouble with his legs which was then diagnosed as neuritis. No one suggests that what he says is untrue; the prison doctor appears to have accepted it, and there was no reason why he should not accept it. He said that after that he had increasing weakness in his legs, and difficulty in coordinating their movements. He said that he could walk slowly satisfactory, but he found difficulty in controlling the movements of his legs if he tried to run. Also he complained of persistent

headaches which are sometimes of great severity, so severe as to be quite incapacitating. He was examined by the prison doctor, who said that on clinical examination he found signs of organic disorder of the nervous system which clearly indicated the need for further investigation. Without further investigation the doctor was not going to commit himself to say that this man had not got a cerebral tumour. On the other hand, he said that the clinical examination, and the history of the case, pointed at least to the possibility. It may well be that such a tumour exists. If a man or a woman is suffering from a cerebral tumour, says the doctor, he or she is liable to an outburst of impulsive violence, quite motiveless, and over which the patient has no control at all. The doctor does not state positively that that is the case here, but he says that it may be, and if a tumour does in fact exist, then the conduct of the accused would be wholly consistent with that of someone suffering from such disease« (p. 863).

Finally, the judge indicated: »However, that is not an inference which must always be drawn, and before it can be drawn you should look at all surrounding circumstances and ask yourselves whether the inference should be drawn in this particular case which we are considering today. It is open to you to think that, although some ordinary person in ordinary circumstances must inevitably have intended to do injury by using a mallet of this kind on the head of a little boy, none the less you are not satisfied that this particular man had that intention, owing to the state of his health as we know it, and having regard to his relationship with the boy, and also the lack of any provocation on the part of the boy or any motive of any kind of crime«.

The father was acquitted, and the court based his decision on the lack — of — will ground (p. 861):

»A man in the throes of an epileptic fit does not know what he is doing. If a friend bends over to assist him, and in the midst of his fit the epileptic grips that friend by the throat, not knowing what he is doing, and in so doing throttles the friend and causes his death, no offence has been committed against the criminal law; because the actions of an epileptic are automatic and unconscious, and his will or consciousness is not applied to what he is doing«.

In *Hill v. Baxter* (1958) 1 All E.R. 193, 195, the court has regarded such events as Acts of God: »I agree that there may be cases where the circumstances are such that the accused could not really be said to be driving at all. Suppose he had a stroke or an epileptic fit, both instances of what may properly be called Acts of God; he might well be in the driver's seat even with his hands on the wheel but in such a state of unconsciousness that he could not be said to be driving.«

Part two: proving automatism

4. Medical opinion

The defendant is expected to present medical evidence in order to prove the plea of automatism. »Before the question of automatism can be left to the jury,

a proper foundation for such a defence must have been laid« (*R.v. Stripp* (1979) 69 Cr. App. R. 318 (C.A.)).
»A plea of automatism is advanced by an accused as showing want of intent, the onus on him is no more than to provide sufficient evidence upon which a finding of automatism could be based« (*R.v. Cottle* (1958) N.Z.L.R. 999).
Bratty murdered a girl who travelled in his car. A few hours later he was arrested by the police. In his statement he reported a terrible feeling of darkness fallen upon him and an acute headache. He described the details of his deed, and claimed that he had suffered from similar feelings in the past.

Lord Denning emphasized the need for medical evidence in order to establish the case of automatism (Bratty v. Att. — Gen. for Northern Ireland (1961) 3 All E.R. 523, 535): »The evidence of the man himself will rarely be sufficient unless it is supported by medical evidence which points to the cause of the mental incapacity. It is not sufficient for a man to say »I had a black-out«. When the cause assigned is concussion of sleep'walking, there should be some evidence from which it can reasonably be inferred before it should be left to the jury. If it is said to be due to concussion there should be evidence of a severe blow shortly beforehand. If it is said to be sleep walking, there should be some credible support for it. His mere assertion that he was asleep will not suffice. Once a proper foundation is thus laid for automatism the matter becomes at large and must be left to the jury«.

Viscount Kilmuir indicated (p. 531): »It is for the prosecution to prove every element of the offence charged. One of these elements is the accused's state of mind; the presumption of mental capacity is sufficient to prove that he acted consciously and voluntarily and the prosecution need go no further«.

Lord *Morris of Borth-Y-Gest* added (p. 537): »There were three medical witnesses called (either by the prosecution or by the defence) during the trial. In questions that were put to them and in the course of their evidence the only pathological explanation of what the appellant might have been suffering from that was suggested or in any way canvassed was the possibility that he might have been suffering from psychomotor epilepsy. Psychomotor epilepsy was said to be functional disorder amounting to defect of reason due to disease of the mind. There was some evidence that during an attack of psychomotor epilepsy a person might commit a violent act unconsciously. There was no medical evidence which was directed to the suggestion of 'automatism' other than automatism of an epileptic character. When the plea of insanity failed the presumption of sanity remained and no medical evidence was adduced which was at all directed to the question whether on the assumption that the appellant was sane he might yet for some reason haver acted unconsciously«.

The Israeli Supreme Court dealt with a similar issue (Cr. App. 382/75, Hammis v. State, P.D. 30(2) 729). Police forces were summoned in order to execute court orders to destroy buildings which had been built without license. The defendant climbed on a tractor and drove it towards police vehicles and policemen. After hitting two police cars he was beaten on his head and

shot in his foot. In his trial, two psychiatrists stated that the defendant acted »automatically«. The court turned down this opinion. The defendant was in full consciousness in the beginning of his 'travel'. When he was asked by a policeman to stop, he replied: »I told you that i shall kill, so I'll kill. You are not going to pull down my house!« At the end of that event, the defendant claimed: »Now you may kill me. I have done what I wished to do«. The court determined that this kind of behavior did not reflect unconsciousness and could not support plea of automatism.

In *Hill v. Baxter,* the defendant drove his car in the city, passed through road junctions, did not obey traffic signs and collided with another car. The defendant claimed that he did not remember anything ot the whole trip, and that he was unconscious while driving his car.

The court indicated the need for expert testimony (193): »I do not doubt that there are genuine cases of automatism and the like, but I do not see how the layman can safely attempt without the help of some medical or scientific evidence to distinguish the genuine from the fraudulent.«

Lord *Goddard* expressed the following view (195): »There was in fact no evidence except that of the respondent, and while the justices were entitled to believe him, his evidence shows nothing except that after the accident he cannot remember what took place after he left Preston Circus. This is quite consistent with being overcome with sleep or at least drowsiness. That drivers do fall asleep is not uncommon cause of serious road accidents and it would be impossible as well as disastrous to hold that falling asleep at the wheel was any defence to a charge of dangerous driving. If a driver finds that he is getting sleepy he must stop. In this case, however, I am content to say that the evidence falls far short of what would justify a court holding that this man was in some automatous state. There was no evidence that he was suffering from anything to account for what is so often called a »black-out« and which probably, if genuine, is epileptic in origin. Nor was there any evidence that he ever had an attack of this description before. As I have said, his own evidence, and that is all there was, is consistent with having fallen asleep, or having his mind full of other matters and not paying proper attention. A defence of automatism is in effect saying that the accused did not know or appropriate the nature and quality of his actions, so it is getting very near a defence of insanity.«

5. The duty to explain

The expert is obliged to reveal the findings, whether positive or negative, and to disclose the reasons of his conclusion. He should present to the court the data upon which he established his opinion. The expert is expected not only to offer an opinion, but also to state grounds on which that opinion has been formulated. To the extent that those grounds are unpersuasive the testimony will be ignored (*Gutheil* and *Appelbaum,* Psychiatry and the Law, 1982. New York; McGraw-Hill, 334).

The duty of the experts is to furnish the judge or jury with necessary scienti-

fic criteria for testing the accuracy of their conclusions, so as to enable the judge or jury to form their own independent judgement by the application of these criteria to the facts proved in evidence. In particular the bare ipse dixit of a scientist, however eminent, upon the issue in controversy, will normally carry little weight, for it cannot be tested by cross-examination nor independently appraised and the parties have invoked the decision of a judical tribunal and not an oracular pronouncement by an expert (Davie v. Edinbourgh Magistrates (1953) S.C. 34, 40).

The expert is regarded as an ordinary witness, and his testimony is subject to the assessment and criticism of the court. Even if he is pure-hearted and where his competence is not questionable, his decisions are not the decisions of the court. The judge is authorised to check the findings and the method of their selection.

6. The final word

The court may reject the expert's opinion in certain cases. The court will not attach importance to an opinion which is founded on mistaken evaluation of the facts or where the expert disregarded some relevant factual items (Rivett (1949—1950) 34 Cr. App. 87, 94). All the same so if the facts refute the learned opinion (C.C. Haifa 6/55, Braunstein v. Att. Gen., P.M. 20, 295).

The court may turn down an opinion which is not based on a factual foundation (C. App. 802/77, Shushan v. Autocars, P.D. 34, 385). The court may reject on opinion if it is shown to him that the physician did not examine the defendant properly (Cr. App. 29/79, Salman v. State, P.D. 34(2) 125).

There might also be differences of conceptions between the court and the expert. Thus, both of them may use same term but attribute different meanings to it. Whereas scientific truth is concerned only with objective reality, legal truth reflects judgement of policy as seen by the judge or jury. Thus despite expert agreement that a defendant was unlikely to have been criminally responsible at the time of a particular heinous crime, a court might find him responsible and guilty because the values of the community are such that it will not let the perpetrator go unpunished. Though frustrating to the expert, such flexibility is said to allow the system to express the moral sentiments of society (*I.G. Gutheil, P.S. Appelbaum,* Psychiatry and the Law, 1982. New York: Mcgraw, P. 334).

The court is free and entitled to prefer the testimony of living lay witnesses to presumptions of an expert: »The experiments, if they really proved anything, would appear rather to prove that this accident never happened at all. However, the accident did happen« (Dawsen v. Murex (1942) 1 All E.R. 486). The final decision remains always in the hands of the judge. The scientific opinion evidence, if intelligible convincing and tested becomes a factor for consideration along with the whole other evidence in the case, but the decision is for the judge or jury.

Expert witnesses, however skilled or eminent, can give not more than

evidence. They cannot usurp the functions of the jury or judge sitting as a jury, and more than technical assessor can substitute his advice for the judgement of the court... Their duty is to furnish the judge or jury with the necessary scientific criteria for testing the accuracy of their conclusions, so as to enable the judge or jury to form their own independent judgement by the application of these criteria to the facts proved in evidence.

Even when expert testimony is uncontradicted, the legal finders of fact are still free to disregard it. The court has to scrutinize the defence of automatism carefully (*Van Zyl* (1964) 2 SA 113 (A) 120). The fact that medical or other expert evidence is being given in case of automatism does not relieve the court of its duty of carefully scrutinizing the defence of automatism (*Bezuidenhout,* 1964 (2) SA 65 (A)).

The medicolegal issue of automatism is still in the stage of debate, deliberation, consideration. It did not reach a clear medical understanding or legal apprehension. Time, experience and better understanding of this difficult issue will undoubtedly lead us to better medical cure and more satisfying legal implications in the future.

Automatismus und die Frage der Schuldfähigkeit bei Straftätern

Amnon Carmi (Haifa)

Die Beurteilung des Automatismus bzw. der Zurechnungsfähigkeit eines Angeklagten ist seit langem besonderes Problem bei der Rechtsprechung und es ist schwierig, zu einer gemeinsamen Auffassung von ärztlicher und juristischer Sicht zu kommen. Es geht hier jedoch nicht um die Frage einer allgemeingültigen, korrekten Definition von Automatismus, sondern darum, daß beide Seiten sich des unterschiedlichen Bedeutungsgehaltes und der unterschiedlichen Sichtweisen bewußt sind. Während die Medizin das Phänomen erklären und den an Automatismus Leidenden behandeln will, sind die Juristen gezwungen, die Grenzen und die Bedeutung der Zurechnungsfähigkeit zu bestimmen. Es gilt, eine Balance zu finden zwischen dem Interesse des Angeklagten und dem Strafbedürfnis der Gesellschaft.

Aus juristischer Sicht wird Automatismus als ein Mangel an Bewußtsein definiert, als ungerichtetes Verhalten, das nicht der bewußten Kontrolle unterworfen ist. Allerdings wird verschiedentlich auch die medizinische Sichtweise berücksichtigt, die eher von einer Bewußtseinsstörung bzw. von andersartigen Bewußtseinszuständen ausgeht, bei denen Bewußtsein, Wille und Gedächtnis beeinträchtigt und lediglich unkontrollierte, automatische Bewegungen und Reflexe erhalten sind.

Eine weitere Unterscheidung wird zwischen »krankem Automatismus«, bei dem eine psychische Erkrankung zugrunde liegt, und »gesundem Automatismus« getroffen, bei dem der Mensch ansonsten unauffällig ist.

Die Willensfreiheit, d.h. die Fähigkeit und Möglichkeit, sich bewußt für die eine oder andere Handlungsmöglichkeit zu entscheiden, wird allgemein als Grundvoraussetzung einer Verantwortlichkeit des Menschen angesehen. Auch wenn strittig ist, ob diese nur für die strafbare Handlung (actus reus) oder für die geistige Verfassung (mens rea) zu berücksichtigen ist, gilt das Phänomen des Automatismus als nicht vom Willen gesteuert.

Der Autor nennt einige Faktoren, die einen Automatismus verursachen können und gibt Beispiele von Gerichtsverfahren, in denen diese berücksichtigt wurden:

a) Reflex: Ein Reflex ist eine unbewußte Reaktion auf einen äußeren Stimulus, z.B. ein Bienenstich, oder auch ein schwerer psychischer Schock.
b) Diabetes: Hypo- und Hyperglykämie können Kontroll- und Gedächtnisverlust sowie Aggressivität verursachen.
c) (Hirn-)Tumore
d) Hypnose: In diesem Fall ist zu berücksichtigen, ob die Person sich freiwillig hypnotisieren ließ und sich der Risiken bewußt war. Es ist in jedem Fall zu klären, ob wirklich eine Bewußtseinsstörung oder Willensbeeinflussung vorlag.
e) Somnambulismus
f) Epilepsie: Während eines Anfalles ist ein Mensch grundsätzlich unzurechnungsfähig, jedoch betonen viele Psychiater, daß Epilepsie keine Geisteskrankheit ist. Der Autor berichtet über einen Fall von unmotivierter Kindestötung mit nachfolgendem Gedächtnisverlust, bei dem der Angeklagte freigesprochen wurde, da der Arzt nicht mit Sicherheit einen Gehirntumor ausschließen konnte, der einen epileptischen Anfall auslösen kann.

Wenn jedoch die Annahme einer geistigen Gesundheit hinreichend gesichert ist, gilt der Angeklagte als voll zurechnungsfähig, auch wenn z.B. wie in einem Falle drei medizinische Gutachter die Ansicht vertraten, die Tat hätte auch während eines Anfalls bei psychomotorischer Epilepsie geschehen sein können. In einem anderen Fall ging ein Mann auf die Polizei los, die sein unrechtmäßig erbautes Haus niederriß. Obwohl die Psychiater für Automatismus plädierten, wurde er verurteilt, da er unmittelbar nach der Tat sagte: »Ich habe getan, was ich tun wollte.«

Der Beweis eines Automatismus muß in jedem Falle durch ein medizinisches Gutachten hinreichend unterstützt werden, es reicht nicht aus, daß der Angeklagte behauptet, er habe einen »black-out« gehabt. So gab z.B. ein Autofahrer, der auf seiner Fahrt in eine Stadt keine Verkehrsregel beachtete und einen Unfall verursachte, an, er könne sich an nichts erinnern, nachdem er seinen Wohnort verlassen hatte. Ein Fall von Automatismus war für die Juristen nicht ausgeschlossen. Da jedoch keine weiteren Anhaltspunkte oder Beweismittel vorlagen, wurde der Angeklagte schuldig gesprochen, da er von der Natur seines Vorhabens — im Gegensatz zu dem Fall von Automatismus — wußte. Er hätte die Fahrt nicht antreten dürfen oder bei Einsetzen der Bewußtseinstrübung anhalten müssen. Diese Beispiele zeigen, wie schwierig es

ist, diese Grenzfälle angemessen zu beurteilen.

Der Sachverständige muß in jedem Falle sämtliche Erkenntnisse, die Methodik seiner Untersuchung und die Gründe für sein Urteil offenlegen. Er tritt als Zeuge auf, dessen Ausführungen und Glaubwürdigkeit vom Gericht geprüft wird.

Carmi betont, daß das Sachverständigenurteil in keinem Falle das der Richter ersetzen darf. Das Gericht muß die Freiheit haben, ein Sachverständigengutachten zurückzuweisen. Das kann verschiedene Gründe haben. Es kann sich herausstellen, daß der Gutachter sich geirrt hat. Es kann aber auch sein, daß das Gericht eine andere Auffassung von den verwendeten Begriffen hat als der Gutachter. Das Gericht muß alle Faktoren berücksichtigen und dazu gehören nicht zuletzt die Werte und die moralischen Gefühle der Gesellschaft. Die Möglichkeit eines Automatismus muß aber immer sorgfältig geprüft werden.

Die Problematik der Unzurechnungsfähigkeit aufgrund von Automatismus ist Gegenstand ständiger Diskussion, und es ist noch weitere Forschungsarbeit zu leisten für eine bessere medizinische Behandlung und befriedigendere juristische Entscheidungsfindung.

Literature at the author

Address of the author:
Prof. Judge Amnon Carmi
President of the Society
for Medicine and Law in Israel
Mount Carmel
Haifa 31999
Israel

Interrelationship of Intelligence and Morality in Psychology and Psychiatry

Avlipi D. Zurabashvili*

In dem vorliegenden metapsychologischen und philosophischen Essay analysiert der sowjetische Hirnforscher und Psychiater Zurabashvili das Verhältnis von Intelligenz und Moral in der Psychologie und Psychiatrie. Trotz der unbestreitbaren Erfolge der Natur- und Geisteswissenschaften in den letzten Jahrzehnten warnt Zurabashvili vor methodischer und metatheoretischer Einseitigkeit: die kognitiv-gnosologische Methode reicht nicht aus, um die Prozesse der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung und des menschlichen Bewußtseins in seinen gesunden und kranken Aspekten zu verstehen; die moralisch-ethische Perspektive ist als ergänzende Betrachtungsweise unverzichtbar. Im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung bildet die moralisch-ethische Ebene die phylogenetisch späteste Stufe der Entwicklung, ontogenetisch ist sie daher die höchste Stufe der Persönlichkeitsentwicklung: sie leistet die Integration der übrigen Persönlichkeitsdimensionen des Menschen.
Psychische Erkrankung und ihre Prophylaxe müssen deshalb auch immer im Zusammenhang mit moralischer Sensibilisierung oder sogar nachholender moralisch-ethischer Erziehung gesehen werden: dabei verfügt — so Zurabashvili — jeder Mensch, unabhängig vom Schweregrad seiner psychischen Erkrankung und/oder Beeinträchtigung seiner Intelligenz über eine grundlegende Tendenz zum Humanen, zu menschlicher Wärme und Interesse am Mitmenschen. Sich dieser Tatsache bewußt zu sein, ist von großer Bedeutung für die Einstellung des Therapeuten in der Psychotherapie schwerer psychiatrischer Krankheitsbilder.

At a time of fantastic successes of the scientific and technological revolution, when man is able to receive information on *Homo incognito* with the aid of radio-electronic devices, when highly sophisticated robots prove sensitive to radiation, and when man operates with cosmic concepts of speed and space, morality must be recognized as a leading category of personality, along with the intellectual, affective and volitional spheres.

The concept of man — freed from the dry shell of intellectualism — becomes a moral category, and the ideas of morality acquire the character of appealing humanism, the moral core of the personality constituting the specific basis of the human mind.

Being a nonagenarian veteran of psychiatry and for 69 years a living witness of the development of medico-biological and psychological knowledge, I am still interested in questions of good and evil, personality and antipersonality, morality and antimorality, charity and indifference, humaneness and envy, nobleness and baseness, magnanimity and pusillanimity.

It has recently been suggested that the twentieth century has brought to light and demonstrated the validity of many social and socio-psychological categories, namely the concepts of wealth and poverty, freedom and slavery, production and consumption. I fully concur with this view.

Any work or human activity done under the whisperings of the inner conscience is a pledge of good, happiness and prosperity. And conversely, work

* Pof. Dr. med., Director of the Institute of Psychiatry in Tbilisi, USSR, Member of the Academy of Sciences of the Georgian Soviet Socialist Republic

not accompanied by the whisperings of the inner conscience contributes to the development of evil and misfortune. When the idea of evil enters man's mind he will certainly seek to apply it in his behavioral acts. Whereas good is actively viable, the microbe of evil is more dangerous for society than any virulent infection.

In analyzing one's actions the cognitive-gnoseological method is insufficient; here the moral-ethical approach is indispensable. Man's thinking activity needs a kind of philosophical impetus, such as: »I blush with shame and remorse, therefore I am.«

It should be borne in mind that spiritual power is the power of morality, the latter determining the power of man's active resistance to distressful and ultra-distressful experiences. The perfection of personality is ensured through the development of two specifically human imperatives: intellectual and moral.

The socio-psychological concept of *Homo moralis* is superior to that of *Homo sapiens,* for no negative thought can arise in the mind of a moral personality, while a negative thought or desire may be engendered in the mind of a learned or enlightened man lacking the moral category.

Already in the age of the Renaissance the great thinker *Leonardo da Vinci* advanced the idea on the existence in society of personalities, i.e. morally pure and valuable persons, and of men devoid of the moral-ethical core, i.e. antipersonalities.

The richness of personality is determined by the richness of his personological notions of work, confidence, duty, care, affection, and inner conscience.

In connection with the psychology of personality I should like to suggest two manifestation levels of the personality system: concrete mental and concrete spiritual. There is a dialectical interrelationship and mutual coordination between these two manifestations.

Mental manifestations, distinguished as they are for psycho-physiological plasticity (conversion mechanisms), may manifest psychophysical, or more precisely psychosomatic switchover. At the level of mental manifestation, love has a tendency to instinctive drives.

Spiritual manifestations evince a tendency to noble acts, such as good, spiritual love, and benevolence.

Moral education of the younger generation — the joy and hope of society — constitutes a guarantee of a psycho-ecological optimum. It implies education in the spirit of affection, self-discipline, self-criticism and self-exactingness. This calls for personal examples rather than flat sententiousness, bearing in mind that love and affection, mercy and benevolence constitute the alpha and omega of the magnificent paean of human life.

The hedonistic style of life in youth as well as premature curiosity rather than healthy inquisitiveness contributes to destabilization and vulnerability of the moral mode among the youth. Hence the significance of today's futurological concern over the moral sets of the youth in future.

According to *S.S. Korsakov,* even in extreme mental deficiency (the case of

idiocy) the individual has a tendency to goodness. This tendency is experimentally traceable in incoherent speech of schizophrenic nature. Observations are on record of cases of idiocy with a complete absence of such intellectual categories as time, space, and counting, but exhibiting strikingly humane behaviour.

A new type of development sets in at personality level, when an antinomic analysis of mental manifestations — guided by the moral potential — creates the psychological basis on which the content of personality is built.

Knowledge and morality cannot be equated. There is only a unity between logic and the moral imperative. Psychological screening implies moral sifting of occurrences.

There certainly is universalism of mind as well as of outlook and vision. However, the universalism of the heart and mercy is socio-ethically more important in human activity.

The aesthetic feeling is one of the mainsprings of the development of mankind, the concepts of beauty and wisdom being inseparable categories.

The principle of active humanism, developed currently, implies the presence of clear and bright thoughts, warm feelings of humaneness, unsallied hands, and the absence of the feeling of envy which contributes to the destruction of personality.

The twentieth century is a period of innumerably diverse stress and distress situations. Hence the importance of decontamination or purification of the moral climate, of strengthening man's moral powers and their attitudinal directionality.

Inasmuch as there is a dialectical interrelationship between cause and effect, every moral dislocation — itself resulting from a defect in the moral mode — leads to moral deprivation which, according to *A.P. Chekhov,* is a terrible misfortune leading man to degeneration.

As pointed out by *Michelangelo,* the creation of the world did not end but only started with the creation of man, i.e. with the commencement of his perpetual development along the path of care for his fellow beings.

Glorification of the idea of an infernal, i.e. morally highly negative, personality, is beneath criticism, for it leads to hopeless scepticism, the state of moral emptiness, and spiritual aridity.

Mental hygiene and prophylaxis constitute socio-psychological categories of national importance, their value being enhanced today when three pairs of morally and ethically most fearful developments are assuming world proportions: (a) smoking and alcoholism in youth (the period of study at school and in the college); (b) alcoholism and drug addiction, and (c) venereal diseases and Aids. I consider drug addiction a disease of morality, while all the conditions just cited develop along a single axis, commencing at a young age with supposedly innocent smoking.

The moral mode of personality is the latest psychological category in the phylogenetic perfection of man. Consequently, the moral side is sensitively

labile, being the first to suffer distressful impacts that cause a shock and confusion of personality.

Nevertheless, notions of morality constitute the most enduring core of personality. Cases are known of protracted, terminal stages of schizophrenia in which absolutely indifferent patients in the agonal state have shown exceptionally warm emotions of affection for their relatives and those around them. The latter characteristic is of interest with regard to problems of rehabilitation in psychiatry.

W. Goethe's statement on the existence of »two souls in one chest« with hard-to-resolve internal contradictions refers to antinomic personality reactions.

Since antinomic consideration of events and actions is directly related to psychological screening, experimentation with the complexity of antinomic semantic stimuli may serve as a bridge between intelligence and morality.

The firmness of antinomic judgement and assessment underlies the syndrome of ambivalence in schizophrenia, i.e. diametrically opposed dichotomy in thinking, feelings, and volitional tendencies. Such antagonistic duality is seen in hallucinatory, hallucinatory-paranoid, paranoiac-paranoid, and genuinely paranoid syndromes of schizophrenia. Antagonistic delusions with a simultaneous struggle of two principles (positive and negative, good and bad, pleasant and unpleasant, bright and dull, angelic and diabolical categories of good and evil), i.e. delusional dualism or dualistic delusion, is characteristic of schizophrenia — more often than not in cases of the so-called delusional »intoxication«. The antagonistic syndrome in question may occur both in the initial and in late, protracted stages of the schizophrenic process.

In the 1920s I witnessed a world-wide enthusiasm for *Henri Bergson*'s teaching on the leading role of intuition in human activity; there were even calls to declare the intuitive function the fourth psychic sphere. Subsequently insight was given a more rational explanation, as being the result of man's experience and knowledge. Thereby the gift of insight is related to intelligence, whereas the highest human activity is determined by the moral mode. However, morality cannot be represented or qualified as the fourth mental sphere, for it constitutes the highest level of personality, i.e. of the evolutionary perfection of the integrated psychic functions.

The mind, which is capable of loving, creating, acting, working, and resisting evil, does not grow old, while the personological notions of work, trust, duty, love, and virtue, and the dictates of morality form a strong pledge of man's viable life.

Der Zusammenhang zwischen Intelligenz und Moral in Psychologie und Psychiatrie

Avlipi D. Zurabashvili (Tbilisi)

In der vorliegenden Arbeit analysiert *Zurabashvili* aus metapsychologischer und moralphilosophischer Sicht die Zusammenhänge zwischen Intelligenz

und Moral, zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und humanistischer Ethik.

Angesichts der bahnbrechenden wissenschaftlichen Erkenntnisse des 20. Jahrhunderts warnt er vor der Überschätzung der kognitiv-gnoseologischen Erkenntismethode: die Ergänzung durch die moralisch-ethische Perspektive ist unverzichtbar.

In der Persönlichkeitsentwicklung müssen intellektuelle und moralische Dimensionen eine enge wechselseitige Verbundenheit aufweisen: der Reichtum der Persönlichkeit ist abhängig von ihrem Wertesystem, von ihren Konzepten von Arbeit, Vertrauen, Pflichtgefühl, Sorge, Zuwendung und innerem Bewußtsein. Die moralische Dimension ist eine zentrale Kategorie der Persönlichkeit und bildet die tiefere Basis des Bewußtseins. Sie ist als Wertbasis ausschlaggebend für den Humanismus des Menschen. Als Integration von Intelligenz und Moral impliziert eine humanistische Haltung des Menschen im Verständnis von *Zurabashvili* die Synthese von klaren Gedanken und warmer Gefühle der Menschlichkeit.

Die moralische Haltung des Menschen hat sich — so *Zurabashvili* — phylogenetisch als letzte Stufe in der Menschheitsentwicklung entwickelt: sie bildet daher ontogenetisch die höchste Stufe der psychologischen Integration der Persönlichkeit.

Deshalb bildet die moralische Erziehung der jüngeren Generation die Grundlage für ein psycho-ökologisches Gleichgewicht: moralische Erziehung bedeutet eine Erziehung im Geiste der Zuneigung, der Selbstdisziplin, der Selbstkritik und der Bereitschaft, Ansprüche an sich selbst zu stellen, eine Erziehung, die am besten durch das persönliche Vorbild geleistet wird.

Die moralische Erziehung der Jugendlichen ist von großer Dringlichkeit, weil der hedonistische Lebensstil der Jugendlichen ihr moralisches Bewußtsein destabilisiert und verletzbar gemacht hat: drei negative moralisch-ethische Entwicklungen bedrohen die moralische und psychische Stabilität der jungen Generation: das Rauchen und der Alkoholgenuß bei Jugendlichen, die Drogenabhängigkeit und die Geschlechtskrankheiten, v.a. Aids. *Zurabashvili* betrachtet dabei diese Entwicklungen als Krankheiten des ethischen Bewußtseins.

Goethes berühmter Ausdruck von den »zwei Seelen in einer Brust« verweist auf die moralische Antinomie in der Persönlichkeit des Menschen, die grundlegend ist und auch eine wichtige Dimension in der Therapie psychischer Erkrankungen darstellt: die Auseinandersetzung des Menschen mit Gut und Böse.

Dabei ist die Fähigkeit, das Gute erkennen und wollen zu können, grundlegend im Menschen: *Zurabashvili* verweist auf *Korsakov,* der bei Menschen mit schweren Beeinträchtigungen der Intelligenz einen ausgeprägten Sinn für das Gute, ein Interesse an dem Mitmenschen gefunden hat, das gleiche gilt auch für Patienten in akuten Stadien schwerer psychiatrischer Erkrankungen, während derer sie für Kommunikation schwer zugänglich sind. Sie weisen ein genuines Gefühl der Zuneigung für die Menschen ihrer Umgebung auf, ein

wichtiger Anknüpfungspunkt für die Therapie und bedeutsam für die Haltung des Therapeuten.

Literature at the author

Address of the author:
Prof. Dr. med. Avlipi D. Zurabashvili
Flat 58
Barnov street 152
Tbilisi
Georgia
USSR

Kritische Diskussion des Diagnostischen Systems des DSM-III-R aus humanstruktureller Sicht am Beispiel des Borderline-Syndroms***

Gabriele von Bülow*/Margit Schmolke** (Berlin)

Die Autoren untersuchen in der vorliegenden Arbeit das implizite Krankheitsverständnis, das dem diagnostischen System DSM-III-R zugrundeliegt, sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Therapie am Beispiel des Borderline-Syndroms.
Im Selbstverständnis der DSM-III-Autorengruppe soll dieses Klassifikationssystem durch operationalisierte, rein deskriptive diagnostische Kriterien eine größtmögliche Übereinstimmung der Diagnosen jenseits der unterschiedlichen psychiatrischen Schulen ermöglichen — ohne unmittelbare Relevanz für die Behandlung und Prognose.
Wie die Autoren in der immanenten Kritik des DSM-III deutlich machen, wird das System seinem eigenen Anspruch nicht gerecht, da es durch seine additive Merkmalsdiagnostik die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Diagnosegruppen der Persönlichkeitsstörungen nicht berücksichtigen kann, wie es z.B. Kendell (1988) zu Recht kritisiert.
Gerade das Borderline-Syndrom mit seiner schillernden und ständig wechselnden Symptomatologie macht die Grenzen einer solchen, in isolierten Kategorien denkenden Klassifikationsdiagnostik besonders deutlich.
Da das DSM-III nur die Pathologie des Menschen beschreibt, kann es die zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur nicht erfassen, die nach dem Verständnis der Autoren erst die Spezifik des Borderline-Syndroms erkenntlich macht, nämlich das ausgeprägte Defizit im zentralen, nichtbewußten Persönlichkeitskern bei gleichzeitig vorhandenen konstruktiven Persönlichkeitsanteilen auf der Ebene intellektueller und sozialfunktionaler Fähigkeiten.
Dies vermag nur eine umfassende Persönlichkeitsdiagnostik zu leisten, die sowohl die kranken wie die gesunden Persönlichkeitsanteile umfaßt auf dem Hintergrund einer expliziten Theorie der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung, wie sie die Humanstrukturologie Günter Ammons darstellt. In diesem Verständnis ist Diagnostik stets Prozeßdiagnostik, d.h. sie bemüht sich um die diagnostische Erfassung des Prozesses der Persönlichkeitsentwicklung des Patienten wie auch um die diagnostische Begleitung des Veränderungsprozesses während der Therapie, sowohl auf der Symptom- wie auf der Strukturebene. Eine solche Diagnostik impliziert einen therapeutischen Optimismus und ein Menschenbild, das von der Prozeßhaftigkeit allen menschlichen Lebens und so von der Veränderbarkeit von Diagnosen und Entwicklungsfähigkeit gesunder Potentiale des Menschen ausgeht.

1. Einleitung

1.1. Besonderheit des Borderline-Syndroms

Das Borderline-Syndrom bringt durch seine Spezifik besondere Probleme des Diagnostizierens mit sich. Aufgrund der schillernden und ständig wechselnden Symptomatologie stellt der Borderline-Patient bereits eine Herausforderung an den Diagnostiker dar.

* Dipl. Psych., Psychoanalytikerin, Mitarbeiterin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
** Mitarbeiterin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
*** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.—21.3.1989 in der Hochschule der Künste Berlin

Der vielfältig zersplitterten Identität des Borderline-Kranken kann nur ein integriertes ganzheitliches Persönlichkeitsverständnis gerecht werden, wie es *Günter Ammon* 1976 in Düsseldorf auf dem ersten Borderline-Kongreß der Deutschen Akademie für Psychoanalyse vorstellte.

Gerade bei dieser psychischen Erkrankung werden die Grenzen einer statischen, in isolierten Kategorien denkenden Klassifikationsdiagnostik besonders deutlich. Beispielhaft für das Dilemma, in dem sich diese Art von Diagnostik angesichts des Borderline-Patienten befindet, soll von uns das DSM-III-R vorgestellt werden.

1.2. Zielsetzungen des DSM-III-R

DSM-III heißt »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders«. Es wurde von der American Psychiatric Association 1980 herausgegeben, die revidierte Fassung, die sich aber nicht grundsätzlich von der 80er Fassung unterscheidet, erschien 1987. Die erste Fassung dieses Manuals überhaupt datiert aus dem Jahr 1952. In deutscher Bearbeitung liegt das DSM-III seit 1984 vor.

Gegenüber dem von der WHO herausgegebenen ICD (International Classification of Diseases) ist die Intention des DSM-III, zusätzlich zu einer reinen Auflistung diagnostischer Kategorien, detaillierte »Einschluß- und Ausschlußkriterien für jede der rund 200 Diagnosen« (Vorwort *Janzarik* 1984) zu erstellen.

Ziel des DSM-III ist es, aufgrund dieser operationalisierten Kriterien die Reliabilität der Diagnosen zu erhöhen, d.h. eine größtmögliche Übereinstimmung in der Diagnosestellung von Psychiatern der unterschiedlichsten psychiatrischen und psychotherapeutischen Schulen zu erzielen. Von daher versteht es sich als rein deskriptiv und atheoretisch. So verzichtet es auf jede ätiologische Herleitung der psychischen Störungen. Z.B. entfällt der Begriff »Neurose« als diagnostische Kategorie mit der Begründung, daß bei *Freud* die Neurose sowohl deskriptiv als auch ätiologisch definiert sei.

Die Erstellung einer DSM-III-Diagnose wird verstanden als erster Schritt einer umfassenden Prüfung, die zu einem Behandlungsplan führt.

Koehler und *Saß*, die deutschen Bearbeiter, bemerken, daß sich durch den Gewinn an diagnostischer Präzision Psychopharmaka spezifischer einsetzen lassen. Darüber hinaus ermögliche das DSM-III eine Entscheidung darüber, ob Psychotherapie überhaupt als Behandlungsform indiziert ist, bzw. die Auswahl einer spezifischen psychotherapeutischen Technik.

Weiterhin versprechen sich die Autoren durch das DSM-III die Erhöhung von Systematik, Wissenschaftlichkeit und Rationalität in der psychiatrischen Forschung und Praxis.

2. Der Aufbau des DSM-III

Neu gegenüber den älteren Fassungen des DSM ist der sogenannte multiaxiale Ansatz: Jeder Patient wird auf fünf Achsen beschrieben:

Achse I umfaßt wesentlich die »klinischen Syndrome«, wie z.B. »schizophrene Störungen«, »paranoide Störungen«, »affektive Störungen«, »Angstsyndrome« und »psychosexuelle Störungen«.
Achse II umfaßt »Persönlichkeitsstörungen« und »Spezifische Entwicklungsstörungen«;
Achse III »Körperliche Störungen und Zustände«. Diese ersten drei Achsen führen zur »offiziellen diagnostischen Einordnung«.
Achse IV erfaßt die »Schwere der psychosozialen Belastungsfaktoren« wie z.B. Wohnungs- und Arbeitswechsel, Tod eines nahen Verwandten, Heirat, Scheidung oder auch Naturkatastrophen. Diese werden auf einer Skala von »minimal« bis »katastrophal« eingestuft.
Achse V erfaßt das »höchste Niveau der sozialen Anpassung im letzten Jahr« im Bereich sozialer Beziehungen, Leistung im Beruf und Freizeitgestaltung.
Achse IV und *V* sollen Informationen enthalten, die für die Behandlungsplanung und Prognose nützlich sein können.

2.1. Das Borderline-Syndrom nach dem DSM-III

Die Borderline-Erkrankung findet im DSM-III Berücksichtigung unter der Numerierung 301.83 als »Borderline-Persönlichkeitsstörung« als eine von 12 Persönlichkeitsstörungen.

Persönlichkeitsstörungen werden dann diagnostiziert, »wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und schlecht angepaßt sind sowie entweder wesentliche Beeinträchtigungen der sozialen oder der beruflichen Leistungen oder subjektive Beschwerden verursachen«.

Die Persönlichkeitsstörungen werden zu drei Hauptgruppen zusammengefaßt:

a) die paranoiden, schizoiden und schizotypischen Persönlichkeitsstörungen;
b) die hypersensitiven, dependenten, zwanghaften und passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörungen;
c) Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird zusammen mit der histrionischen (hysterischen), der narzißtischen und der antisozialen Persönlichkeitsstörung in einer Hauptgruppe eingeordnet.

Für das Diagnostizieren einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist das Vorliegen von mindestens fünf von acht genannten Merkmalen, die als »diagnostische Kriterien« fungieren, erforderlich. Als Hauptmerkmal wird eine Instabilität bzw. Unberechenbarkeit in vielen Lebensbereichen hervorgehoben, »einschließlich des zwischenmenschlichen Verhaltens, der Stimmung und des Selbstbildes«.

Genannt werden u.a. Unsicherheit als Ausdruck einer tiefgehenden Identitätsstörung in Bezug auf Selbstbild, Geschlechtszugehörigkeit, Berufswahl, langfristige Ziele und Werte, sowie Freundschaftsbeziehungen; ausgeprägte Einstellungsschwankung von Idealisierung zur Abwertung; unangemessene Wut, Reizbarkeit oder Ängstlichkeit, Schwanken von normaler Stimmung zur

Depression; das Nichtertragen-Können von Alleinsein, »chronische Gefühle von Leere oder Langeweile« sowie Selbstbeschädigungstendenzen.

Als Nebenmerkmale bzw. Komplikationen werden bei besonderer Belastung passagere psychotische Symptome genannt sowie als Komplikation das Auftreten von Depression.

Bemerkenswert erscheint uns der Hinweis, daß die Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig einhergeht mit anderen Persönlichkeitsstörungen wie der schizotypischen, histrionischen, narzißtischen oder antisozialen Persönlichkeitsstörung, womit Mehrfachdiagnosen gerechtfertigt werden.

3. Immanente Kritik des DSM-III auf dem Hintergrund der Humanstrukturologie

Im folgenden werden wir uns auf dem Hintergrund der Humanstrukturologie und des Borderline-Konzeptes von *Günter Ammon* zunächst auf einer immanenten Ebene und anschließend auf einer Metaebene mit der Borderline-Diagnostik im Rahmen des DSM-III auseinandersetzen.

Die Patienten, die das DSM-III aufgrund der oben vorgestellten Liste diagnostischer Kriterien als Borderline-Persönlichkeitsgestörte erfaßt, würden mit hoher Übereinstimmungswahrscheinlichkeit auch in einer humanstrukturellen Diagnostik als Borderline-Patienten diagnostiziert werden.

Andererseits schließt die Abgrenzung zu anderen Persönlichkeitsstörungen eine größere Gruppe von Patienten aus, die wir ebenfalls als Borderline-Kranke verstehen würden. So wird z.B. eine Trennung zwischen Borderline- und narzißtischer Persönlichkeitsstörung vollzogen, wobei andererseits konstatiert wird, daß beide Störungen häufig gleichzeitig bestehen. Der Ausweg aus diesem inneren Widerspruch besteht in einer additiven Mehrfachdiagnose, da der psychodynamische Zusammenhang zwischen gestörtem Narzißmus und Borderline-Syndrom nicht gesehen wird.

Bei *Ammon* ist der Borderline-Patient gerade gekennzeichnet durch eine »pathologische Form des Narzißmus«, die sich durch »einen krassen Wechsel tiefer Minderwertigkeitsgefühle mit übersteigertem Selbstwertgefühl« äußert (*Ammon* 1979). Die passiv-aggressive Verweigerungshaltung dieser Patienten geht nach *Ammon* mit diesem »übersteigerten Scheinselbstwertgefühl« einher, das zu seiner Aufrechterhaltung alle realen Anforderungen als Angriff erleben und daher meiden muß. Das DSM-III macht daraus eine gesonderte »passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung«.

Ebenfalls wird die Beziehung zwischen der sogenannten »dependenten Persönlichkeitsstörung« und einem gestörten Narzißmus zwar phänomenologisch beschrieben (Hauptmerkmal dieser Störung ist der Mangel an Selbstvertrauen und die Unfähigkeit zu selbständiger Entscheidung), der psychodynamische Zusammenhang wird aber wiederum zerrissen durch getrennte diagnostische Kategorien.

Ebenso würden wir die »antisoziale Persönlichkeitsstörung« innerhalb des

Borderline-Syndroms ansiedeln. DSM-III: »Fast regelmäßig besteht eine deutliche Einschränkung der Fähigkeit, langdauernde, enge, warme und verantwortungsvolle Beziehungen zu Familie, Freunden oder Sexualpartnern zu unterhalten.« In unserem Verständnis ist diese Beziehungsproblematik gerade ein hervorstechendes Merkmal des Borderline-Patienten.

Die rein deskriptive Herangehensweise auf der Symptomebene versagt bei einem Krankheitsbild, das sich durch ständig wechselnde, schillernde Symptomatik auszeichnet.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die im DSM-III beschriebenen Persönlichkeitsstörungen Facetten des Borderline-Syndroms, wie es *Günter Ammon* versteht, sind: »Auf der phänomenologischen Ebene lassen sich stärker hysterische oder psychosomatische Borderline-Persönlichkeiten unterscheiden von Patienten, bei denen pathologischer Narzißmus, Zwang, Kriminalität, Sucht, Depression oder Paranoia mehr im Vordergrund stehen.« (*Ammon* 1979)

Der vielfältigen klinischen Symptomatik, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann, steht jedoch eine gemeinsame Grundstruktur gegenüber. »Wesentliches Merkmal für alle Borderline-Patienten ist ihre fehlende Identität. Sie verführen uns immer wieder, ein Symptom zum Leitsymptom zu machen, genauso wie dieses Leitsymptom die Pseudoidentität darstellt, das die Persönlichkeit pseudointegriert.« (*Ammon* 1979)

Solche Pseudoidentitäten würden nach dem DSM-III z.B. die Etiketten »zwanghafte«, »antisoziale«, »histrionische« oder »paranoische« Persönlichkeitsstörung erhalten. Man könnte hier von einer borderline-haften Diagnostik der Borderline-Erkrankung sprechen.

Interessanterweise schreibt der schottische Psychiater *R.E. Kendell* (1988) in seiner ansonsten sehr positiv gehaltenen Kritik des DSM-III-R (American Journal of Psychiatry, Vol. 145), daß der Abschnitt über Persönlichkeitsstörungen der schwächste in dem gesamten Manual sei, die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen bleibe auch in der revidierten Fassung »ein wirres Sammelsurium von sich überlappenden klinischen Begriffen, die weder einen Bezug haben zu Theorien der Persönlichkeitsentwicklung, noch zu den Persönlichkeitsdimensionen, die man in normalen Populationen findet« (Übersetzung durch die Autoren). Persönlichkeitsstörungen bezeichnet *Kendell* als eine der großen Herausforderungen einer zukünftigen Psychiatrie.

Die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen faßt *Ammon* neu in seiner Konzeption des Borderline-Syndroms innerhalb seines spektraltheoretischen Krankheitsverständnisses. Auf einem gleitenden Spektrum siedelt er die verschiedenen psychischen Erkrankungen nach ihrem Schweregrad an von den Neurosen über das Borderline-Syndrom bis hin zur schizophrenen Reaktion und schweren sogenannten narzißtischen Depression. Das Borderline-Syndrom hat mit letztgenannten Erkrankungen die Dynamik des ungelösten Symbiosekomplexes gemeinsam. Diese schweren Erkrankungen werden von *Ammon* als »archaische Ich-Krankheiten« bezeichnet.

An dieser Stelle möchten wir aus dem Bericht über den Borderline-Kongreß der Deutschen Akademie für Psychoanalyse von 1976 aus der Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie« zitieren: »Die Homogenität des neuen Krankheitsbildes des Borderline-Syndroms als einer Ich-Erkrankung der Gesamtpersönlichkeit ist aus *Ammons* Theorie der Ich-Identität hervorgegangen. Wissenschaftstheoretisch genügt es daher nicht, ein Zerfallen des Borderline-Syndroms in viele Symptome bloß festzustellen oder in einer klassifikatorischen psychiatrischen Systematik zu ordnen. Vielmehr ist es notwendig, die Ich-strukturelle und psychodynamische Kontinuität in allen Symptomäußerungen zu verfolgen. Nach *Ammon* liegen dem Borderline-Syndrom defizitäre Ich-Entwicklungen zugrunde, die das heranwachsende Individuum in seinen primären symbiotischen Gruppenbeziehungen erworben hat. Ein in früher Kindheit von archaischen Ich-Schäden betroffener Mensch ist ohne Ersatzbildungen und sekundäre Ich-Erkrankungen oft nicht lebensfähig, welche das ursprüngliche Identitäts-Defizit verdecken. Aus dieser Dynamik resultieren häufig die beim Borderline-Patienten zutage tretenden Stimmungsschwankungen, die für den Kranken selber und seine Umwelt rasch und irrational wechselnden Ich-Zustände wie die durch übergroße Anpassung bestimmten Persönlichkeitsfassaden, hinter denen eine tiefe Unsicherheit gegenüber den eigenen, von den Patienten als unecht empfundenen Gefühlen steht.«

Die vom DSM-III bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung konstatierte »Unberechenbarkeit, Instabilität und Stimmungsschwankungen« werden durch das Humanstrukturologische Persönlichkeitskonzept in einen psychogenetischen, psychodynamischen sowie gruppendynamischen Zusammenhang gebracht. Dieser Zusammenhang wird gestiftet durch das Verständnis des im nichtbewußten Persönlichkeitskern liegenden tiefen Identitätsdefizits — was *Ammon* metaphorisch für alle archaischen Ich-Krankheiten als das »Loch im Ich« bezeichnet hat —, das gefüllt werden muß mit den unterschiedlichsten Symptomäußerungen und Ersatzidentitäten, die zu einer Ersatzintegration führen.

Eine »tiefgehende Identitätsstörung und -unsicherheit« stellt auch das DSM-III fest als ein von acht möglichen, aber nicht zwingend notwendigen Kriterien, ohne dessen Stellenwert in dem Kriterienkatalog aufzuzeigen.

Die Begrenztheit einer sich als rein deskriptiv verstehenden Diagnostik wird vor allem auch an der Betrachtung der Angst deutlich. Der DSM-III-Kriterienkatalog spricht von »Ängstlichkeit, die gewöhnlich einige Stunden lang und nur selten länger als einige Tage andauert«. Der zentrale Stellenwert der Angstdynamik innerhalb des Borderline-Syndroms, wie *Ammon* in seinem Eröffnungsvortrag ausführte, gerät bei einer rein phänomenologischen Betrachtungsweise außerhalb des Blickfeldes. In *Ammons* Verständnis ist es gerade die Angst, die abgewehrt wird durch die vielfältige und wechselnde Symptomatik — eine Angst, die zutiefst die Angst vor eigener Identität ist.

4. *Gegenüberstellung des Verständnisses von Diagnositk im DSM-III und in der Humanstrukturologie*

Das DSM-III formuliert ausdrücklich, daß es keine Menschen kategorisiere, sondern Störungen. Es handelt sich dabei um eine ausschließliche Krankheitsdiagnostik, der ein der Organmedizin analoges Verständnis psychischer Erkrankung zugrunde liegt. Entsprechend liegt der Schwerpunkt des Interesses auf abgrenzbaren Symptomen im Sinne von klinischen Befunden, die eine weitgehende Differenzierung der Diagnosen gewährleisten sollen. Um der Komplexität des realen Krankheitsgeschehens Rechnung tragen zu können, behilft sich das DSM-III mit Mehrfachdiagnosen.

Dem DSM-III liegt ein sehr eng gefaßtes Verständnis von Diagnostik zugrunde; es wird unterschieden zwischen der eigentlichen Diagnosestellung und einer umfassenderen »Prüfung«, die Relevanz hat für Behandlungsplan und Prognose.

Innerhalb der humanstrukturologischen Schule ist die Diagnostik der kranken Anteile eines Menschen nur ein Bestandteil einer umfassenderen ganzheitlichen Persönlichkeitsdiagnostik, die sowohl die kranken wie die gesunden Persönlichkeitsanteile umfaßt. Unter kranken Persönlichkeitsanteilen versteht *Ammon* defizitär entwickelte bzw. destruktiv verformte Human-Funktionen, die sowohl im bewußten Verhaltens- und Leistungsbereich als auch im nichtbewußten zentralen Persönlichkeitskern liegen können.

Da das DSM-III nur die Pathologie des Menschen beschreibt, kann es die von *Ammon* herausgearbeitete spezifische zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur des Borderline-Patienten per se nicht erfassen, bei der ja gerade auf der Ebene des Verhaltens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten vor allem im intellektuellen Bereich konstruktive Persönlichkeitsanteile, zum Teil überkompensatorisch, vorhanden sind bei gleichzeitig ausgeprägten Defiziten in der zentralen, nichtbewußten Humanstruktur. Besonders sind hier betroffen die Angst, der Narzißmus, die Ich-Abgrenzung nach innen und außen, die Aggression sowie die Identität als übergreifende und integrierende Funktion. Was dem Borderline-Patienten in besonderem Maße fehlt, ist die Integration seiner oft vorhandenen mehrdimensionalen Möglichkeiten, die sich in einem unkonventionellen und grenzüberschreitenden Lebens- und Denkstil äußern können.

Ziel unserer Diagnostik ist ein umfassendes Verständnis des Gewordenseins, des gegenwärtigen Seins sowie zukünftiger Möglichkeiten des Patienten im Sinne eines Identitätsentwurfs. Dabei interessiert uns als Diagnostiker seine Lebensgeschichte, seine frühe Primärgruppendynamik, die aktuelle Gruppendynamik und Lebensgestaltung, sowie seine besonderen Begabungen, Fähigkeiten und Wünsche, seine Einschränkungen und sein Leid und schließlich der auslösende Anlaß, der den Patienten zur Behandlung gebracht hat.

Zum manifesten Krankheitsausbruch, bei dem häufig ein passagerer Zusammenbruch von sekundären Human-Funktionen erfolgt, kommt es bei Border-

line-Patienten oft in Lebenssituationen, die erhöhte Anforderungen an ihre Identität stellen, wie Trennungen aus der Familiengruppe oder von Symbiosepartnern, Abschluß einer Berufsausbildung oder eines Studiums. Auf dem Hintergrund dieses Geschehens ist auch die klinisch häufig beobachtete Depression des Borderline-Patienten verständlich. Sie kommt nicht als eine zusätzliche »Komplikation« zu der Borderline-Persönlichkeitsstörung dazu (die im DSM-III einer anderen Achse zugeordnet wird), sondern wird von *Ammon* (1984) gruppendynamisch verstanden als Ausdruck des »Versagens der wechselnden Identifikationen und der Anpassungsversuche an die Dynamik der jeweilig umgebenden Gruppe.«

Wir verstehen unsere Diagnostik als eine Prozeßdiagnostik, wobei wir sowohl den Prozeß des immer besseren Verstehens des Patienten meinen, als auch die diagnostische Erfassung des Prozesses der Persönlichkeitsentwicklung des Patienten. So verstehen wir die Diagnosestellung bei der Eingangsdiagnostik als vorläufig; gerade die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige bietet mit ihren vielfältigsten therapeutischen Angeboten ein breites klinisches Beobachtungsfeld, in dem die verschiedensten Facetten der Persönlichkeit eines Patienten zum Ausdruck kommen. Dabei kann es auch zu einer Revision der ursprünglich gestellten Diagnose kommen.

Der zweite Aspekt von Prozeßdiagnostik meint die diagnostische Begleitung des Veränderungsprozesses des Patienten während der Therapie. Neben der Veränderung bzw. dem Verschwinden der psychischen und psychiatrischen Krankheitssymptome interessieren uns hauptsächlich strukturelle Veränderungen der zentralen nichtbewußten Persönlichkeitsstruktur (Strukturgewinn) im Sinne von *Ammons* Verständnis der Psychotherapie als einer nachholenden Ich-Entwicklung (*Ammon* 1974).

Zur Erfassung dieser strukturellen Veränderung wurde, interessanterweise gerade im Zusammenhang mit der Erforschung des Borderline-Syndroms, seit 1976 der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) entwickelt. Es handelt sich um einen psychometrischen Persönlichkeitstest, der die nicht direkt beobachtbaren zentralen Human-Funktionen einer Meßbarkeit zugänglich macht. Erfaßt werden die Human-Funktionen der Angst, Abgrenzung nach innen und außen, Aggression und Narzißmus. Der ISTA wird ergänzt durch andere geläufige psychometrische sowie projektive diagnostische Verfahren; weiterhin durch den Autokinetischen Lichttest, Hirnstromuntersuchungen im Schlaf- und Traumlabor der Klinik und Soziometrie.

Für ein differenziertes und umfassendes Verständnis des Patienten ist für uns das Aufeinanderbeziehen von standardisierten diagnostischen Verfahren, explorativen Interviews sowie klinischen Beobachtungen im therapeutischen Milieu unerläßlich.

Integraler Bestandteil der humanstrukturologischen Diagnostik ist weiterhin das gruppendynamische Arbeiten mit Kontrollgruppe und Case-Konferenz, in der die verschiedenen Persönlichkeitsfacetten des Patienten durch die Berichte der einzelnen Mitarbeiter und Therapeuten gespiegelt werden. Dabei

ergeben die unterschiedlichen und zum Teil widersprüchlichen Wahrnehmungen des Therapeuten, seine Erfahrungen im Kontakt mit dem Patienten sowie seine Gefühle einschließlich der Gegenübertragungsgefühle, die der Patient in ihm auslöst, ein komplexes Bild der verschiedenen Persönlichkeitsdimensionen des Patienten.

Bereits in der ersten Begegnung zwischen Patient und Therapeut (Aufnahmegespräch, Anamnese, Erstinterview) werden die Gefühle und Gegenübertragungsgefühle des Therapeuten als ein wertvolles Instrumentarium für Diagnose, Therapieplanung und Prognose genutzt. Dabei ist von zentraler Wichtigkeit, ob es gelingt, einen ersten echten Kontakt zwischen Therapeut und Patient im Sinne dessen, was *Ammon* unter einer »bedeutsamen Begegnung« versteht, herzustellen. Damit ist der erste Baustein für ein tragfähiges therapeutisches Bündnis gelegt. Diagnostik und Psychotherapie sind daher in unserem Verständnis nicht starr voneinander abgegrenzt.

5. *Abschließende Beurteilung*

Als einen der problematischsten Punkte sehen wir die rigorose Eliminierung jeglichen ätiologischen Denkens an. Mit der Begründung: »Bei den meisten DSM-III-Störungen. . . ist die Ätiologie unbekannt« (nicht etwa umstritten, die Verf.) werden bereits erbrachte Resultate jahrzehntelanger ätiologischer Forschungen im Bereich der psychischen Erkrankungen ignoriert. Das DSM-III sieht die Ätiologie nur in zwei Fällen als »zweifelsfrei begründet« an; nämlich

1) bei den»organisch bedingten Störungen« und
2) bei den »Anpassungsstörungen«, die »eine schlecht angepaßte Reaktion auf einen identifizierbaren psychosozialen Belastungsfaktor (Stressor) (darstellen), die innerhalb von drei Monaten nach Einsetzen des Stressors auftritt.« (S. 311)

Hingegen ist in *Ammon*s Verständnis jede psychische Erkrankung reaktiv — nämlich eine Reaktion auf Defizite und Verletzungen durch Störungen des sozialenergetischen Austausches in der Primärgruppe und späteren Gruppen im Verlaufe der Lebensgeschichte eines Menschen.

Diese beiden unterschiedlichen Sichtweisen haben Konsequenzen für die Therapie.

Da das DSM-III keine ätiologischen geschweige denn psychogenetischen Vorstellungen berücksichtigt, ist die Skepsis gegenüber Möglichkeiten psychotherapeutischer Behandlung verständlich. Der medikamentösen Form der Behandlung psychischer Krankheiten wird eindeutig der Vorrang gegeben. Die deutschen Bearbeiter des DSM-III *Koehler* und *Saß* kritisieren eine Sichtweise, die noch vor einiger Zeit in der amerikanischen Psychiatrie und zur Zeit noch bei uns verbreitet sei, nämlich eine »einheitliche Sicht der Behandlung, die davon aus(ging), daß die Psychotherapie ganz selbstverständlich für alle Arten psychischer Störungen die bevorzugte Behandlungsform darstelle«.

An anderer Stelle sagen sie: »Mit der Anwendung der DSM-III-Kategorien ist die Hoffnung verbunden, daß sich reliablere und validere Prädiktoren dafür bestimmen lassen, welche Typen von Patienten auf welche Klasse von Medikamenten günstig reagieren.«

Insgesamt entsteht bei der Beschäftigung mit dem DSM-III sowie mit Literatur im Umfeld (siehe z.B. *Saß* und *Koehler* »Borderline-Syndrome: Grenzgebiet oder Niemandsland?« 1983) der Eindruck, daß das Forschungsinteresse das Behandlungsinteresse in den Hintergrund treten läßt. Es wird ein akribischer Aufwand betrieben im Auffinden immer differenzierterer Subgruppen innerhalb von Kategorien bzw. differentialdiagnostischer Ausgrenzungskriterien.

In der vorrangigen Orientierung auf »Systematisierung« und »Rationalität« — das erkenntnisleitende Interesse des DSM-III im Sinne von *Habermas* — sehen wir die Gefahr, daß der leidende Mensch mit seiner ganz besonderen Lebensgeschichte und seinen Entwicklungsmöglichkeiten hinter den Kategorien verschwindet. Dies gilt besonders für in Ausbildung begriffene angehende Psychiater und Psychologen, die das DSM-III zu einer eingeengten Sichtweise verführen könnte, die Patienten wieder auf reine Symptomträger reduziert. Solch ein unreflektierter Umgang mit dem DSM-III würde das alte Paradigma zementieren.

Von einer sinnvollen Diagnostik fordern wir, daß sie ein integraler Bestandteil einer Psychiatrie bzw. Klinischen Psychologie ist, die sich als Behandlungswissenschaft versteht, welche am leidenden Menschen und der Möglichkeit, ihm zu helfen, orientiert ist. Dies impliziert als Grundhaltung einen therapeutischen Optimismus, ein Menschenbild, das von der Prozeßhaftigkeit allen menschlichen Lebens ausgeht und so auch von der Veränderbarkeit von Diagnosen sowie der Entwicklungsfähigkeit gesunder Potentiale des Menschen überzeugt ist.

Critical Discussion of the Diagnostic System DSM-III-R from the Viewpoint of Human-Structurology exemplified with the Borderline-Syndrome

Gabriele von Bülow / Margit Schmolke (Berlin)

The authors analyse in the present paper the implicit understanding of psychiatric illness underlying the diagnostic system of DSM-III-R and discuss the resulting consequences for prognosis and therapy, using the borderline-syndrome as example.

The DSM-III, the »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III«, edited in 1980 by the American Psychiatric Association and in a revised edition (R) in 1987, defines its goal in the increase of reliability of the diagnoses by operationalised criteria i.e. a maximum concordance in diagnoses of the different psychiatric and psychotherapeutic schools. They understand their

approach as a-theoretical and descriptive, rejecting any etiological derivation of the psychic illnesses. The authors consider the rigid elimination of any etiological thinking to be one of the most problematic aspects of the DSM-III: it ignores the results of decades of scientific research with the comment »With most DSM-III disturbances . . . the etiology is unknown«.

The DSM-III uses a multi-axial approach: it consists of five »axes«, comprising the clinical syndromes, the personality disorders and specific development disturbances, the physical disturbances and states, the extent of psychosocial stress factors as well as the highest level of social adaption in the preceding year.

The diagnosis is reached through a process of cumulating symptom features: if a majority of diagnostic features of a disease is registered, the diagnosis is made. If symptoms of closely-related diseases appear, the DSM-III leads to additive multiple diagnoses, e.g. borderline personality disorder is differentiated from narcissistic personality disorder. On the other hand it is stated, that both disorders often appear simultaneously with a patient. The psychodynamic relationship between the borderline-syndrome and the pathological narcissism is neglected.

The purely descriptive approach on the symptomatological level fails particularly with a disease which is characterized by chameleon-like ever-changing, irridescent symptomatology: the borderline-syndrome. According to the DSM-III the different symptom constellations of the borderline syndrome would result in discrete diagnostic labels such as »obsessive-compulsive«, »antisocial«, »histrionic« or »paranoiac« personality disorders. The authors characterize this kind of diagnosis as »borderline-like diagnosis«. Here they are in agreement with *Kendell* (1980) who criticizes the DSM-III as chaotic melee of overlapping clinical terms, lacking any relationship to theories of personality development.

It does not consider the central significance of the anxiety dynamics within the borderline-disease in mentioning merely »a timidity usually lasting for a few hours and seldom more than some days«, whereas in the human-structural approach of *Günter Ammon* it is just the anxiety which is defended by the manifold and changing symptomatics. This anxiety is at the core the anxiety of identity.

The authors point to the fact that DSM-III is an exclusive diagnosis of the sick parts of personality. They criticise the mere listing-up of symptoms in classificatory systems and call for registering the human-structural and psychodynamic continuity of symptomatic expressions of the patient. Their own diagnostic understanding is based on *Günter Ammon's* human-structural personality concept providing a psycho-genetic, psycho-dynamic and group-dynamic relationship for the different symptoms and their change. This relationship is established through the understanding of the identity deficit in the non-conscious personality core as deeper source of the symptom formation. *Ammon* calls this deficit — in metaphorical terms — »a hole in the ego«, which

must be filled by different symptom expressions, functioning as a substitute integration.

The DSM-III on the other hand — in describing only the pathological parts of the patient — cannot seize the underlying personality structure being the main feature of the borderline syndrome for the authors, namely the marked deficit in the central, non-conscious personality core accompanied by constructive personality parts on the level of intellectual and socio-functional capacities.

This inclusion of the healthy parts of personality within the framework of a comprehensive personality diagnostics is of great importance for the prognosis and therapeutic methodology. The aim of human-structural diagnostics is a comprehensive understanding of the present state as part of a development and of the future possibilities of the patient in terms of an identity project. Therefore the diagnosis has to include the life history of the patient, his early primary group dynamics, the current group dynamics and life style, as well as his peculiar gifts, skills and wishes, his restrictions and suffering and eventually the decisive event making the patient seek for treatment.

Human-structural diagnostics is a processual diagnostics in two ways: it is firstly the diagnostic comprehension of the process of personality development of the patient; secondly it means to accompany diagnostically the process of change of the patient during his therapy. Hereby not only the change or disappearance of symptoms is of importance, but particularly the structural changes in the non-conscious personality core (structural gain) in the sense of *Ammon*'s concept of psychotherapy as retrieved ego-development is measured. The diagnostic instruments are the Ego-Structure-Test according to *Ammon*, the Autokinetic Light Test, EEG-measurement in the sleep and dream laboratory, as well as exploratory interviews and clinical impressions in the therapeutic field. An integral component of human-structural diagnostics are the groupdynamic work with the control group of therapists and other team members and the case conferences, in which the different personality facades of the patient are reflected through the reports of the different team members.

All in all, the occupation with DSM-III conveys the impression that the interest in research is predominant in relation to the interest in therapy. The prevalent orientation at »systematization« and »rationality« implies the tendency to overlook the patient with his very particular life history and developmental capacities behind the diagnostic categories. This is particularly true in the education of future psychiatrists and psychologists, thus cementing the old point of view of the patient as symptom carrier.

The authors call for a humanistic diagnostics as integral part of psychiatry considering itself as a treatment science oriented at the suffering patient and the ways of helping him. This implies a therapeutic optimism and a concept of man, based on the processual quality of all human life, the resulting changeability of diagnoses and the capacity for development of all health parts of man.

Literatur bei den Autorinnen

Adressen der Autorinnen:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow
Bregenzer Straße 4
1000 Berlin 15

Margit Schmolke
Mommsenstraße 59
1000 Berlin 12

Humanstrukturelle Therapie — Ein praktischer Weg zur effektiven Behandlung des Borderline-Syndroms**

Andrzej Guzek (Warschau)*

In der vorliegenden Arbeit verbindet der Autor die Diskussion verschiedener psychotherapeutischer Ansätze und Definitionen des Borderline-Syndroms mit seinen wissenschaftlichen und persönlichen Erfahrungen der humanstrukturellen Theorie und Therapie des Borderline-Syndroms nach Günter Ammon. In der Klinik Menterschwaige lernte der Autor das Borderline-Konzept Ammon's als Grundlage der intensiven stationären Psychotherapie bei Borderline-Kranken ausführlich kennen. Der Autor konnte als polnischer Wissenschaftler zwei Jahre lang im therapeutischen Team der Klinik theoretische und praktische Erkenntnisse mit Borderline-Patienten und deren Behandlung sammeln. Nach Ammon beschreibt der Autor das Borderline-Syndrom als eine archaische Ich-Erkrankung, die mit größten Defiziten im zentralen Kern der Persönlichkeit, also in den zentralen Humanfunktionen, einhergeht. Die sekundären Humanfunktionenen, also die Verhaltensfunktionen des Menschen, sind gut bis überkompensiert ausgebildet. Dabei ist insbesondere die Identität als übergreifende und zentrale Humanfunktion schwer defizitär, was kennzeichnend für den Borderline-Patienten ist. Im historischen Überblick zeigt der Autor die Entwicklung der psychoanalytischen Borderline-Konzeptionen auf, die er als überwiegend abgespalten, intellektualisierend und dem Patienten gegenüber distanziert beschreibt. Dagegen ist zentral beim Borderline-Kranken nach der Theorie Günter Ammons ein menschlicher verstehender, echter und tragender Kontakt in der Therapie notwendig, um eine Identitätsentwicklung zu ermöglichen. Der Autor beschreibt daher ausführlich die klinisch-stationäre Borderline-Therapie im sozial-energetischen Feld der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, um die praktische Durchführung der Behandlung in ihren Problemen und Ergebnissen aufzuzeigen. Auch die Gruppendynamik im therapeutischen Team ist nach Ansicht des Autors von wesentlicher Bedeutung, da die Mitarbeitergruppe in ihrer Zusammensetzung und Kontaktfähigkeit Vorbildcharakter für die Patienten hat. Im praktischen Teil seiner Arbeit stellt der Autor anhand von kurzen Fallbeispielen und mittels der Beschreibung des klinischen milieutherapeutischen Feldes in der Klinik Menterschwaige den therapeutischen Entwicklungsprozeß von Borderline-Patienten dar. In der umfassenden, auf theoretischer und auf praktischer Ebene aufgebauten Arbeit wird die Symptomatik und Therapie des Borderline-Syndroms im humanstrukturellen Konzept der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie in ihren verschiedenen Dimensionen dargestellt und anhand der klinisch-stationären Behandlung beschrieben.

Die Vielfalt an Konzepten und Beschreibungen, die das Borderline-Syndrom betreffen, ist die Wiederspiegelung der Probleme, die die klassische Psychiatrie mit den Borderline-Kranken hat. Dieselben, oder sogar größere Schwierigkeiten tauchen auf, wenn es um deren Behandlung geht.

Die wechselhafte, ein ganzes Spektrum möglicher Verhaltensstörungen umfassende Symptomatik, die überraschenderweise aus dem Versteck hinter fassadärer Anpassung und ausgebauten sekundären Ich-Funktionen auftaucht, bringt alle klassisch denkenden Psychiater zur Verzweiflung.

Die heutige Psychiatrie und Psychoanalyse, die mit ihren Wurzeln noch in das letzte Jahrhundert reichen, sowie die moderneren, aber trotzdem sehr scholastischen Richtungen, können mit ihrem starren Kategoriendenken diese Erscheinung nicht fassen.

* Dr. med., Lehrbeauftragter der Klinik für Psychiatrie der Warschauer Medizinakademie

** Vorgetragen auf dem 7. Weltkongreß der WADP und dem XX. Internationalem Symposium der DAP vom 17.—21. März 1989 in der Hochschule der Künste Berlin

Das Schlimmste scheint aber noch zu kommen — die sog. »moderne« Psychiatrie, in den Gebieten, wo sie therapeutisch und konzeptuell als hilflos erscheint, wendet sich wieder den biologischen Konzepten und Methoden zu. »En vogue« sind jetzt Untersuchungen, die die Quellen der Schizophrenie, Depression bzw. Persönlichkeitsstörungen in den sog. »organischen« Gehirnschädigungen suchen. Computertomographie (CT), Positronenemissionstomographie (PT) und Untersuchungen der magnetischen Resonanz (MR) sollen uns auf die Spuren der Krankheiten der menschliche Seele bringen. Omnipotenzgefühle und eindimensionales Denken der sog. Wissenschaftler sollen also eine einfache Lösung für ein vielschichtiges, mehrdimensionales Problem finden. Kein Wunder, daß diese Untersuchungen bis jetzt ins Nichts geführt haben und zwar in allen Bereichen — theoretischer Konzepte sowie praktischer Therapie. Was die letztere betrifft, hört man oft, daß die Persönlichkeitsstörungen und vor allem das Borderline-Syndrom, wenn nicht ganz, dann zumindest zum großen Teil unbehandelbar sind. Es braucht nicht viel Phantasie, um sich die Folgen dieser Aussagen der Fachleute für die leidenden Patienten vorzustellen.

In dieser Atmosphäre sind die theoretischen Konzepte und vor allem die therapeutische Praxis der Dynamisch-Psychiatrischen Schule *Günter Ammons* von größter Bedeutung für die immer mehr zunehmende Gruppe der Borderline-Patienten. Diese unorthodoxe Schule, von einem holistischen Prinzip ausgehend, sieht einen Menschen, ob »krank« oder »gesund«, als ein multidimensionales Wesen von potentiell unbegrenzten Entwicklungsmöglichkeiten, deren Enthüllung über die ganze Zeitspanne des Lebens — von der Geburt bis zum Tode — zum eigenen und zum Nutzen anderer möglich ist. Ohne die wirklich riesigen Schwierigkeiten der Therapie des Borderline-Syndroms zu verleugnen, nimmt diese Schule an, daß es möglich ist, diesen »unerreichten« Menschen zu helfen. Dies zeigt auch die Praxis.

Das Funktionieren der Klinik Menterschwaige, die Aussagen der Patienten, der die Klinik besuchenden Gäste aus aller Welt, oder die bloße Beschreibung des Therapiegeschehens, sind der beste Beweis für die Effektivität der Therapie und bestätigt dadurch auch die Theorie *Günter Ammons*.

Ich werde versuchen, die Effektivität der Therapie der Borderline-Kranken in der Klinik Menterschwaige im Vergleich zu anderen Therapiemethoden auf der Grundlage meines beinahe zweijährigen Aufenthaltes als Stipendiat der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in dieser Klinik in den Jahren 1984—86 zu beschreiben.

Als Mitglied des therapeutischen Teams konnte ich gute und schlechte Zeiten in der Klinik miterleben, u.a. auch den unerhörten Überfall der Gesundheitsbehörde und der Polizeikräfte auf die Klinik am 10. Dezember 1985.

Die menschlichen Kontakte, gemeinsamen Probleme, Erfolge und Mißerfolge haben viel zu meiner eigenen Entwicklung beigetragen. Hoffentlich war es auch gegenseitig — vielleicht haben auch andere aus meiner Anwesenheit und Tätigkeit in der Klinik profitiert. Jetzt, mit einem Abstand an Raum und Zeit, ist dies auch objektiver abzuschätzen.

Das Borderline-Syndrom — eine Definition

Versuche, die psychischen Störungen durch deren Symptomatik zu beschreiben, die ihre Quellen in der von dem kartesianischen Paradigma beherrschten Wissenschaft Europas haben, sind schon vor Jahren gescheitert. Daher auch die Suche nach einer Beschreibung des Borderline-Syndroms, das ab Ende der 50iger Jahre das ständige Interesse der Therapeuten erweckt hat. Der Grund dafür war die zunehmende Anzahl diagnostizierter Borderline-Patienten und verbesserte Kriterien der Differenzialdiagnostik. Nicht ohne Bedeutung waren hier auch die neuen Tendenzen in der Psychiatrie, die vor allem in Amerika nach neuen, weniger der orthodoxen Psychiatrie und Psychoanalyse des alten Kontinents untergeordneten Wegen suchten. Ein Vertreter dieser Tendenzen ist *Günter Ammon,* der seine Ausbildung um eine zehnjährige Erfahrung in der Menninger Foundation erweiterte.

Schon im 19. Jahrhundert wurden »Menschen, die ihr Leben einmal auf dieser, einmal auf jener Seite der Grenze der Geisteskrankheit verbringen« (*Hughes* 1884) beschrieben. In den Zeiten *Kraepelins* versuchte man das Problem des Borderline-Syndroms als einer, außerhalb des Spektrums der Psychosen liegenden Krankheit zu lösen. Eine genauere Beschreibung des Syndroms ist *Kurt Schneider* zu verdanken, welcher aber den Borderline-Kranken der Gruppe der »Psychopathen«, die als »unheilbar« gelten, zuordnet.

In den 30iger Jahren, unter dem Einfluß *Freuds*, versuchten die Psychiater das Borderline-Syndrom als sog. Charakterneurose im Grenzgebiet zwischen den »Psychoneurosen« und den »Psychosen« zu lokalisieren. Es werden dabei Leiden und Zerrissenheit des betreffenden Menschen anerkannt. Die Diagnose jedoch impliziert die Unheilbarkeit des Leidens. Als Quelle der Störung werden »Konflikte der Triebe« beschrieben.

Störungen im Bereich narzißtischer Zufuhr werden von *Ferenczi* und *Stern* dargestellt.

Freud findet den Weg heraus aus der Falle durch die ausführliche und brilliante Beschreibung des »Wolfsmannes«.

Zilboorg versucht von anderen Krankheitsbildern zu abstrahieren, indem er den Begriff »Borderline-Case« einführt.

In der Mitte des 20. Jahrhunderts, parallel zu den Änderungen im Schizophreniekonzept, wird immer öfter die Beziehung des Borderline-Syndroms zur Schizophrenie unterstrichen, daher auch Termini wie »latente Schizophrenie«, »ambulante Schizophrenie«, »pseudoneurotische Schizophrenie« etc.

Es wird deutlich, daß beinahe jede Schule das Problem in die Schubladen ihres eigenen Kategoriendenkens einzuzwängen versucht.

Auffallend und interessant scheint erst das Konzept *Grinkers* zu sein, der von den üblichen Kategorien abstrahiert und die Patienten dynamisch-funktionell beschreibt. Es tauchen dabei vier Gruppen von Borderline-Patienten auf.

1. Patienten mit psychotischer Symptomatik,

2. die Kerngruppe der Kontaktunfähigen,
3. die »Als-Ob-Persönlichkeiten« und
4. Patienten an der Grenze der Neurose.

Kohut sucht nach der Störungsquelle im Bereich des Narzißmus.

Bis hierher überwiegt das Bild eines stabilen »Zustandes« bzw. einer stabilen »Struktur« oder stabilen »Persönlichkeit« usw., wodurch automatisch eine Entwicklung oder Dynamik und dadurch auch eventuelle Behandlungsmöglichkeiten in den Hintergrund geschoben oder sogar ganz ausgeschlossen werden.

Erst *Kernberg* ist ein erweiterter Zugang zu diesem Problem zuzuschreiben. Er begreift das Geschehen nicht als Schwanken zwischen zwei oder mehreren Zuständen, sondern als eine spezifische Persönlichkeitsentwicklung, wobei das abrupt wechselnde Benehmen des Patienten einen dramatischen Versuch darstellt, die relative Stabilität des Ich zu erhalten. *Kernberg* beschreibt die Mechanismen von »splitting« und »acting out« als Erscheinungen jenseits der üblichen psychiatrischen Symptomatik.

Unter dem Einfluß der *Freud*schen Theorie weist er auf die Prozesse der Übertragung und Gegenübertragung in der Therapie hin. *Kernberg* ist aber nicht im Stande, auf die von *Freud* empfohlene »neutrale Haltung des Analytikers« in der Therapie zu verzichten, sowie auf bloße Interpretationen und Übertragungsbearbeitung »auf der Couch«. Ebenfalls schreibt er der Familiendynamik der Patienten keine wesentliche Rolle zu, obwohl solche Ansätze schon vorher von *Knight, Grinker* und *Wolberg* gemacht wurden.

Man könnte noch lange verschiedene Standpunkte zitieren, die eine exakte Widerspiegelung der Dynamik der Borderline-Patienten sind, nämlich brillierende, fassadäre Erklärungen des Geschehens mit Einsatz von hoher Intelligenz, Sprachbegabtheit, Denken und anderer sekundärer Ich-Funktionen von Seiten der Borderline-Forscher. Dies alles ist zusätzlich in ein Netz von Denkschemata, Wiederholungszwang und Konkretismus, der dem kausalen Denken entstammt, verwickelt. Es gehen dabei solche Elemente wie Affekte, Einfühlungsvermögen und rein menschliches Verständnis für den Leidenden ganz verloren, und — wohl das Schlimmste — die Hoffnung auf Hilfe und Veränderung für den Patienten. Das letztere ist leider zu oft zwischen den Zeilen der theoretischen Werke, sowie in direkten Aussagen der Praktiker zu spüren. Immerhin geistern noch die Echos »angeborene organische Schädigung«, »ererbte Konstitution«, »unveränderlicher Persönlichkeitstyp«, »unbewußte Autodestruktion«, »triebhafte Persönlichkeit« u.a. durch die Literatur.

Die konstruktiven Anteile wie Begabung, Kreativität, Lebenskraft und Sozialenergie werden nicht erkannt. Auch die für uns noch immer unklaren Kräfte des Göttlichen, die aus jedem Menschen das, was er eben ist — ein unwiederholbares, einzigartiges und unersetzbares Ganzes und zugleich Teil der Menschheit, der Natur und des Weltalls — ein Individuum machen, werden von den »Gelehrten« ausgeschlossen. Es wird zu oft die Krankheit und ihre destruktive Dynamik beschworen. Es wird zu oft vergessen, daß auch die sog.

negativen Kräfte des Menschen konstruktiv auszunutzen sind. Es wird nicht gesehen, daß zu einer echten Entwicklung ein Spiel von Gut und Böse gehört, eine Auseinandersetzung und nicht ein totes, »überangepaßtes«, »konfliktfreies« Leben. Weiterhin wird es nicht verstanden, daß die aufgrund einer gestörten Familiendynamik entstandenen Defizite bei den Patienten, in einer humanstrukturellen Therapie nachholend entwickelt werden können.

Das Konzept des Borderline-Syndroms bei Ammon

Nach *Ammon* sind in den bisherigen Konzepten des Borderline-Syndroms folgende Elemente zusätzlich zu kritisieren:
1. Unklarheit der Begriffe der Ich-Stärke und Ich-Schwäche; das Instanzenmodell von *Freud* ist nicht ausreichend,
2. Triebenergie als konstante Größe, kann nicht aufgefüllt werden,
3. intrapsychische Quellen der Störung, Gruppeneinflüsse werden ausgeschlossen,
4. Sublimierung und Lustprinzip nach *Freud* sind unfähig, Möglichkeiten der Entwicklung zu erklären,
5. das Postulat angeborener Destruktion (*Freud, Klein)* ist unbeweisbar.

Diese und andere Ausgangspunkte zur Kritik des üblichen Verständnisses (oder vielleicht Mißverständnisses) des Borderline-Syndroms lagen der Entwicklung des humanstrukturellen Konzepts zugrunde.

Die Hauptpunkte des *Ammon*'schen Konzeptes sind Störungen der frühkindlichen Entwicklung, des Symbiosekomplexes und narzißtische Störungen, sowie eine gestörte Dynamik in der Familiengruppe. Alle diese Faktoren sind für die grundsätzlichen Defizite der zentralen Ich-Funktionen, insbesondere für die Ich-Funktion der Identität verantwortlich. Diese wird durch die überentwickelten sekundären Ich-Funktionen, die im Gegensatz zu dem defizitär-destruktiven Kern der Persönlichkeit stehen, kompensiert.

Die Beschreibung der Persönlichkeitsstruktur, die von *Ammon* entwickelt wurde, ermöglicht, auf die einengende, an Symptome und Pathologie gebundene und dadurch auch abschätzende und stigmatisierende Terminologie zu verzichten, die leider immer noch in der orthodoxen Psychiatrie üblich ist. Dadurch entfallen auch die aufgezwungenen Diagnosekategorien wie »Psychose«, »Neurose«, »Persönlichkeitsstörung« usw., die den Menschen nur in einer »pathologischen« Dimension beschreiben.

Das auch von anderen Forschern anerkannte Konzept eines Spektrums der Krankheiten, einschließlich Psychosomatik und Somatik, sowie die Zuordnung zur Gruppe der archaischen Ich-Krankheiten, geben eine plausible Erklärung des wechselnden Krankheitsbildes, das bei diesen Patienten zu sehen ist.

Der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA), sorgfältige Anamneseverfahren (Sozialanamnese, psychiatrische Anamnese, psychologische Anamnese, Familienanamnese, ausgewählte Testverfahren, psychosomatische und somatische

Untersuchungen), das Beobachten der Entwicklung und des Verhaltens der Patienten im Klinikmilieu lassen eine optimale Beschreibung der Struktur und Dynamik des Menschen zu.

Es ist zu unterstreichen, daß die von *Ammon* eingeführten Ich-Funktionen Dimensionen umfassen, die erst in der letzten Zeit anderen psychiatrischen Systemen als wichtig aufgefallen sind. Z.B. das neue Diagnosesystem DSM III und DSM III-R aus den USA berücksichtigen außer der Pathologie auch andere Faktoren. Zu diesen gehören z.B. die Ich-Funktionen der Kreativität, der konstruktiven Aggression und der Gruppenfähigkeit, die von wesentlicher Bedeutung sind.

Erst dieses mehrdimensionale Betrachten des Menschen läßt, trotz aller individueller Unterschiede, die Struktur und Dynamik eines Borderline-Kranken verstehen.

Es fallen dabei folgende charakteristische Elemente auf:

1. frühe Identitätsstörungen
2. defizitärer Narzißmus
3. defizitäre Angst
4. Störungen der konstruktiven und destruktiven Aggression nach innen und außen
5. defizitäre Frustrationsregulation
6. defizitäre Abgrenzung nach innen und außen
7. defizitäre Ich-Integration
8. Defizite der Affektivität, des Denkens und der Sexualität.

Charakteristisch für Borderline-Patienten ist ebenso die Unfähigkeit zur Verdrängung (im neurotischen Sinne), die wegen dem Mangel an Abgrenzung nach innen zur Anwendung archaischer Abwehrmechanismen des zentralen Ichs führt. Dazu kommen noch die Abwehrmechanismen im Dienste des sekundären Ichs, wie z.B. gestörtes Denken, das vor allem durch einen Mangel an Identitätsbesetzung gekennzeichnet ist. All dies erlaubt, die Symptomatik des Patienten besser zu verstehen. Identitätsangst, Kontaktangst und Ambivalenz führen zu Kontaktabbrüchen. Der Patient schwankt zwischen Größenideen, Depression und Suizidalität. Von diesem Standpunkt aus ist das von *Ammon* empfohlene persönliche therapeutische Annehmen und Verstehen des Patienten lebensrettend, wobei eine starre, »neutrale« psychoanalytische Haltung mit undifferenziertem Therapieplan sogar tödlich enden kann.

Die Schwierigkeiten in der Therapie der Borderline-Kranken

Die Vielfalt des Krankheitsbildes ist das erste gemeinsame Diagnosekriterium. Es verlangt jedoch ein differenziertes und individuelles Therapieprogramm, das in der institutionalisierten Psychiatrie meistens unmöglich ist. Bei den begrenzten Möglichkeiten der »normalen« Psychiatrie ist die, bereits durch den ersten Kontakt mit dem Patienten beginnende Arbeit mit seinen gesunden Ich-Anteilen kaum möglich. Es werden meist, aus Angst vor der realen

oder potentiellen Aggression des Patienten, Medikamente eingesetzt, die Kontakt und eine sozialenergetische Zufuhr herabsetzen, wobei entweder ein Gefühl der inneren Leere oder aber Angst und Spannung verstärkt werden.

Versuche, mit dem Patienten rein analytisch, d.h. nur mit Widerstand, Übertragung und deren Interpretation verbal zu arbeiten, kann, so *Ammon,* zu dessen Desintegration führen. Auf diese Weise werden die sowieso brüchigen Regulationsmechanismen direkt angegriffen, statt dem Patienten etwas Konstruktives und ihn Schützendes anzubieten. Wenn der Therapeut noch dazu eine übliche »neutrale« Haltung annimmt, entbehrt der Patient einen wesentlichen Teil der Hilfs-Ich-Funktionen, die auf einem genuinen zwischenmenschlichen Kontakt beruhen sollten. Ein Kontakt mit einem eiskalten, hauptsächlich mit den eigenen sekundären Ich-Funktionen operierenden Therapeuten ist genau das Gegenteil davon, was der Patient braucht.

Nur ein echter, von Empathie getragener Kontakt kann ausreichend tragfähig sein, um den Patienten durch weitere Therapiephasen tragen zu können. Vorübergehend muß die Neigung des Patienten zu symbiotischer Bindung, zum Idealisieren und Idolisieren des Therapeuten empathisch angenommen werden. Diese Erscheinungen müssen kritisch, aber warm und verständnisvoll vom Therapeuten getragen und taktvoll, je nach Stand des therapeutischen Prozesses abgegrenzt werden. Parallel dazu müssen auch die konstruktiven Anteile des Patienten gefordert und gefördert werden, besonders diejenigen Anteile, die zum jeweiligen Zeitpunkt ego-synton zu sein scheinen.

Die sozialenergetischen Defizite des Patienten und seine bewußten und unbewußten Erwartungen an den Therapeuten können so groß sein, daß sie, wenn sie nicht erfüllt werden, zu zeitweisen Depressionen bzw. Wutausbrüchen und Kontaktabbrüchen führen können. Die letzteren können dem Einzeltherapeuten große Schwierigkeiten bereiten. Die therapeutische Arbeit muß hier auf einer ausgewogenen Begrenzung der narzißtischen Zufuhr und einer beständigen Steigerung der Frustrationstoleranz des Patienten beruhen. Äußerst wichtig ist hier das Verstehen der Gegenübertragung, die den Therapeuten in Omnipotenzgefühle und einen symbiotischen Sog einerseits, oder aber in eine sadistisch-feindselige Haltung dem Patienten gegenüber andererseits bringen kann.

Erst der Aufbau eines standhaften und verläßlichen, emotional betonten Therapiekontaktes ermöglicht aggressive therapeutische Auseinandersetzungen mit dem Patienten. Dies ist ein sehr wesentlicher Teil der Therapie.

Hinter der äußerlich gezeigten destruktiven Aggression steht immer Identitätsangst. In dieser Phase der Therapie braucht der Patient immer mehr festen Halt in der Realität. Dies wird hauptsächlich durch die Teilnahme an anderen Therapieformen ermöglicht. In den »üblichen« Therapien ist dies meistens nicht möglich.

Das Überschätzen eigener Kräfte und versteckter therapeutischer Größenwahn könnte gerade hier zum Therapieabbruch führen. Ich denke, daß gerade dieses Problem zur Legende über die »Unheilbarkeit« der Borderline-Kranken

geführt hat. Die in ihrer Omnipotenzillusion gekränkten Therapeuten ziehen sich gerade an diesem Punkt zurück, wenn der innere Kern des Patienten erreicht wurde und eine Öffnung dem Therapeuten gegenüber potentiell möglich wird. Ohne Unterstützung durch Gruppentherapie und anderer Therapieformen (vor allem durch die Milieutherapie), ist dieser kritische Punkt in der Behandlung kaum überschreitbar. Der Therapeut braucht an dieser Stelle Unterstützung von der Kontrollgruppe bzw. Supervision. Werden diese Schwierigkeiten überwunden, so kann von einem Therapieerfolg gesprochen werden.

Sind diese Möglichkeiten unzugänglich, führt dies oft zu einem Rückschritt im therapeutischen Prozeß oder sogar zum Verabreichen von Psychopharmaka.

Die nächste schwierige Aufgabe für den Therapeuten ist die Notwendigkeit, ständig an Grenzen zu arbeiten. Der »Borderliner« ist ein Grenzgänger par excellence. So müßte auch der Therapeut sein, und zwar in einem konstruktiven Sinne, um in jedem Falle taktvoll und verständnisvoll doch der überlegene Spieler im therapeutischen Prozeß zu bleiben, andererseits aber dem Patienten in seiner Entwicklung nichts aufzuzwingen. Dies liegt hauptsächlich an den menschlichen und persönlichen Qualitäten des Therapeuten. Hierin liegt auch die tiefe Bedeutung der Worte *Günter Ammons*, daß es die Pflicht des Teams ist, immer in der eigenen Entwicklung einen Schritt dem Patienten voraus zu sein, eigene Interessen in vielen Richtungen und Dimensionen zu verfolgen, um nicht von der Entwicklung der Patienten überrascht zu werden, sondern um diesen ständig neue, konstruktive Überraschungen bieten zu können. Ein Therapeut muß ein Partner, Lehrer und Leiter sein, um seinen Patienten neue Wege zu zeigen, deren Wahl und Beschreiten letzten Endes doch dem Patienten gehören wird. Die Wege muß aber auch der Therapeut selbst kennengelernt haben.

Die größte Gefahr ist es, wenn im Team oder in der Institution eine Stagnation eintritt. Dies entsteht, wenn das Team sich nicht verändern will und den Patienten nichts Neues mehr anbieten kann. Derartiges Geschehen kann in der Borderline- und Psychosentherapie zum Zerfall von Therapiegruppen, zu psychotischen Zuständen einzelner oder mehrerer Patienten oder aber zu Suizidalität führen.

Der Moment, in dem das Team nichts Neues mehr geben kann, ist bereits als »first-line-burn-out syndrome« beschrieben worden. Meines Erachtens kommt es dazu, wenn das Team — oder auf langfristige Psychotherapie eingestellte Kliniken — der Patientengruppe keine Sozialenergie mehr geben kann. Nur eine krasse Einengung der eigenen Entwicklung und damit verbunden die Verminderung des sozialenergetischen Austausches in der Teamgruppe führt zu diesem Phänomen.

Da die Borderline-Behandlung im Sinne einer nachholenden humanstrukturellen Entwicklung auf sozialenergetischen Austauschprozessen beruht, muß besonders auf ein Gleichgewicht, oder besser gesagt auf ein dynamisches

Gleichgewicht geachtet werden. Es ist unannehmbar, daß das therapeutische Team parasitär die für die Patienten notwendige Energie ausnutzt. Dies kommt jedoch hin und wieder in den »üblichen« Anstalten vor.

Die Neigung der Borderline-Patienten zu kriminellen Handlungen, zu destruktiver Aggression, Autoaggression, atypischem defizitär-destruktivem sexuellen Verhalten, Drogen- oder Alkoholmißbrauch fordert eine gewisse Flexibilität, Toleranz und Vorurteilslosigkeit von den Therapeuten. Alle erwähnten Verhaltensweisen der Patienten können den Therapeuten zum Annehmen einer falsch verstandenen »moralischen« Haltung führen, die eine Form der Gegenübertragung darstellt. Ein emphatisches Verständnis, ebenso jedoch realitätsgebundene therapeutische Abgrenzung ist notwendig, um nicht unbewußt entweder die Rolle des Richters oder die eines Komplizen zu übernehmen.

Das Übersetzen der Theorie in die Praxis

Obwohl die theoretischen Standpunkte der verschiedenen psychiatrischen Richtungen eine gewisse Konvergenz im Bereich der Borderline-Behandlung aufzuweisen beginnen, sind Kliniken, in denen eine kohärente und holistische Behandlungsmethodik angewandt werden, immer noch Seltenheit.

Einer der größten Verdienste der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* ist das Verwobensein von Theorie und Praxis. Grundlegendes Behandlungsprinzip ist die aktive Teilnahme der Patienten am täglichen Leben in der Klinik mit ihren vielfältigen Gruppenbezügen, wodurch Kontakt und Auseinandersetzung mit Mitpatienten und therapeutischem Team ermöglicht wird. Dies entspricht dem Grundgedanken der Dynamischen Psychiatrie, daß jeder Mensch in Gruppen krank geworden ist und somit durch neue Gruppenerfahrungen wieder gesund werden kann. Nicht Symptombeseitigung, sondern Nachholen der Entwicklungsdefizite in allen Bereichen menschlicher Existenz ist der therapeutische Weg.

Weder Medikamente, noch Wände und Gitter geben dem Menschen echten Schutz vor seinen aggressiven oder psychotischen Durchbrüchen. In der Dynamischen Psychiatrie ist es ein Netz von Menschen und Gruppen, die den nötigen Schutz geben. Therapeutische Wohngemeinschaften, Halb-Weg-Häuser, ambulante Therapiegruppen bis hin zur Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige bieten ein ganzes Spektrum von Therapiemöglichkeiten und Unterstützung für Patienten mit jeder Art psychischen Leidens.

Es wäre vermessen zu erwarten, daß tiefe und wesentliche Veränderungen im Menschen ad hoc stattfinden. Dazu ist Zeit, Geduld und Bescheidenheit von seiten des Therapeuten nötig.

Diese Veränderungen finden ebenso außerhalb der formalen therapeutischen Beziehungen statt. Dem Patienten wird die Zeit und der Schutz gegeben, die er braucht, um sich zu entwickeln. Dies im Gegensatz zur modernen, institutionalisierten »Drehtürpsychiatrie«.

Zur Behandlung des Borderline-Syndroms ist ebenso eine Kontinuität der angebotenen Therapieformen äußerst wichtig. Das Spektrum der dynamisch-psychiatrischen Therapieformen umfaßt stationäre und ambulante Gruppentherapie, Einzeltherapie, Einzelanalyse wie auch Gruppendynamische Wochenenden und Klausurtagungen in Paestum und Stelzerreut. Diese Möglichkeiten entsprechen den jeweiligen therapeutischen Bedürfnissen der Teilnehmer.

Grenzüberschreitungen als Therapieelement ist nicht nur symbolisch sondern auch real zu verstehen. Die Lage der Therapiezentren fördert die Mobilität der Patienten und ihre Fähigkeit, Trennungen zu bearbeiten. Dies trägt ebenso zur Prophylaxe von Stagnation in der Therapie bei.

Das in Süditalien liegende Paestum mit seinen griechischen Tempeln läßt nicht nur Staats- und Kulturgrenzen, sondern auch Grenzen der Zeit überschreiten, wenn man die therapeutischen Konsequenzen einer Begegnung mit der hellenistischen Kultur betrachtet.

Die Reisen *Ammons*, seine Begegnungen mit Menschen und Kulturen anderer Länder (er hat jahrelang als Arzt und Anthropologe unter Lacondon-Indianern gelebt und gearbeitet) führen immer neue Elemente in die Theorie und Praxis der Arbeit mit Patienten ein und wirken einer therapeutischen Stagnation nicht zuletzt auch im Team entgegen.

Die Offenheit der Welt gegenüber bildet einen wesentlichen Gegensatz zur sog. »wissenschaftlichen« Therapiewelt der üblichen Psychiatrie, die genau wie die kranke Familiengruppe der Borderline-Patienten funktioniert. Aus dieser Offenheit heraus entsteht für den Patienten die Möglichkeit, sich aus dem Teufelskreis des von krankhafter Familiendynamik erzeugten Wiederholungszwanges zu befreien.

Meditation, Begegnungen mit anderen Kulturen, Religionen und Philosophien haben die Therapiemethode *Günter Ammons* um neue, bisher in der Behandlung selten gefundene Dimensionen erweitert. Es ist die praktische Verwirklichung des Paradigmenwechsels auf dem Gebiet der Psychiatrie.

Diese neue Dimension berührt besonders bei archaisch Ich-kranken Patienten die buchstäblich archaischen (auch im Sinne *Jungs*) Schichten der Persönlichkeitsstruktur, um deren Kräfte zur humanstrukturellen Entwicklung zu nutzen.

Einer der größten Kunstfehler in der Borderline- sowie in der Psychosentherapie ist das konkretistische und zwanghafte Herumwühlen in der Symptomatik, in Übertragung, Gegenübertragung und deren Interpretationen, sowie rein verbale Auseinandersetzungen mit dem Patienten auf einer intellektuellen Ebene. Dies wird in der humanstrukturellen Therapie erfolgreich vermieden. Die wesentlichste therapeutische Arbeit findet im Klinikmilieu statt. Der Aufbau der humanstrukturellen Mileutherapie ist ein weiterer praktischer Erfolg der Dynamischen Psychiatrie.

Ein nach den Bedürfnissen einer vollkommenen humanistischen Menschenentwicklung strukturiertes Milieu der Klinik mit Möglichkeiten von Sport- und Reittherapie, Kunst- und Maltherapie, Projektarbeit, Theatertherapie,

Filmtherapie, Humanstrukturelleer Tanztherapie und Meditation ist in der modernen Psychiatrie kaum zu finden. Das Klinikmilieu erlaubt dem Patienten, seine Identität durch Tätigsein, Gefühle, Kreativität und deren Ausdrucksformen sowie durch Arbeit an und mit dem eigenen Körper zu finden. Bei Borderline-Patienten sind alle diese Bereiche defizitär entwickelt. Durch die humanstrukturelle Therapie wird der Patient vor den Irrwegen seiner Abwehrmechanismen geschützt, die auf der Ebene der sekundären Ich-Funktionen liegen. Das mangelnde Körpergefühl, das diese Patienten dazu führt, sich durch Selbstverletzungen und andere Formen der Autodestruktion zu spüren, wird mit besonderer Sorgfalt wiederaufgebaut.

Außerdem werden in diesem Behandlungskonzept unterstützende Therapiemethoden eingesetzt, z.B. der Ausbau sekundärer Ich-Funktionen bei Patienten, bei denen diese defizitär ausgeprägt sind oder in Fällen, in denen sie vorübergehend die alleinig Ich-stützende Struktur bilden. Ich werde nie den Fall des vollkommen verwahrlosten Borderline-Patienten vergessen, der sein Geld aus dem Handel mit Büchern bezog, die er auf dem Müll fand und der im Obdachlosenasyl lebte. Bei ihm kam mir die Bezeichnung des sog. schizophrenen Defekts in den Sinn. Dieser Patient fand zum ersten Mal Zugang zu anderen Menschen, indem er, dank seinem von der Realität weit abgespaltenen Denken, ein faszinierendes Referat über das Klima anderer Planeten des Sonnensystems vorbereitet hatte. Durch seinen Vortrag sammelte sich eine Gruppe von Patienten um ihn, die sich dann als tragfähig in seiner weiteren Therapie erwies.

Einen zentralen Punkt der Therapie bildet die milieutherapeutische Projektarbeit. Sie dient dem Aufbau zentraler Ich-Funktionen der Patienten im sicheren Rahmen einer Gruppe, in der Auseinandersetzungen über ein drittes Objekt (über die Projektarbeit) im Hier und Jetzt mit echten menschlichen Beziehungen stattfinden. Bei dieser Therapieform werden die oft überkompensierten oder noch verbliebenen sekundären Humanfunktionen der Fähigkeiten und Fertigkeiten mit in die Therapie einbezogen. Die Therapie dient in besonderem Maße der Entwicklung der zentralen Human-Funktionen. In den üblichen Therapieinstitutionen wird die Milieutherapie kaum eingesetzt.

Einen neuen Schritt in der Therapie bedeutete die Einführung der Humanstrukturellen Tanztherapie. Diese, für die Schule der Dynamischen Psychiatrie spezifische Therapieform, scheint eine Methode zu sein, die »ex iuvantibus« der Therapie der Borderline-Patienten dienen soll. Sie ist eingeführt worden, um den sog. »Unerreichten«, die aufgrund von Kommunikationsstörungen ihr Leiden vor sich selber und vor anderen verleugnen bzw. nicht ausdrücken können, zu einer Weiterentwicklung zu verhelfen. Wirkungen der Humanstrukturellen Tanztherapie lassen sich eher durch Teilnahme als durch Worte vermitteln. Ein Behandlungsverlauf einer Borderline-Patientin anhand der Humanstrukturellen Tanztherapie ist bereits auf einem der WADP-Kongresse vorgestellt worden.

Zu erwähnen bleibt an dieser Stelle noch die Intensität der Therapie. Tatsächlich verläuft die Therapie im Sinne des sozialenergetischen Austausches

rund um die Uhr, da die Patienten selbst in der Nacht nicht alleine sind. Die Patienten schlafen in Zwei- oder Dreibettzimmern im Gegensatz zu anderen Kliniken, wo Einzelzimmer für die Patienten angestrebt werden, wodurch die Patienten real von ihren Mitpatienten isoliert werden.

Das Ziel einer hohen Therapieintensität ist verständlich, wenn man in Betracht zieht, daß im Laufe von Monaten oder höchstens Jahren in der Klinik, die über Jahrzehnte wirkenden schädlichen Einflüsse des bisherigen Milieus durch konstruktive Entwicklungen zu ersetzen sind. Auch an dieser Stelle widersetzt sich die humanstrukturelle Therapie den Vorurteilen der Psychiater über die Schwierigkeiten der Behandlung von Borderline- und psychotisch reagierenden Patienten.

Es könnte aufgrund dieser Darstellung der Eindruck einer paradiesisch-utopischen Therapiewelt entstehen, doch dieser Eindruck täuscht. Patienten und Therapeuten erleben besonders Therapieabschlüsse und Trennungen aus der Klinik als schwierig. Eine gute Bearbeitung von Trennungen ist eine der wichtigsten Aufgaben der humanstrukturellen Therapie.

An diesem Punkt stimme ich *Ammon* zu. Es ist nicht nur eine intensive, sogar ab und zu hektische therapeutische Arbeit mit ständigen Auseinandersetzungen in Gruppen. Es ist auch nicht nur ein linkshemisphärisches Gestalten der Umgebung durch Arbeit, welches ausschließlich zu Entwicklung führt und sozialenergetische Zufuhr sichert, wie es üblicherweise in der Mentalität des westlichen Menschen verwurzelt ist. Auch ist es nicht so, daß der Mensch als »tabula rasa« geboren wird und ausschließlich von Einflüssen umgebender Gruppen geformt wird.

Es gibt nämlich außer Sozialenergie, die durch menschliche Beziehungen gespeist wird noch eine andere Kraft. Es gibt einen unendlichen Energiestrom aus der Vergangenheit der Menschheit, eine archaische Kraft, die — könnte man sie spüren und besser empfingen — auch Defizite der Ich-Struktur ausgleichen könnte. Dieses Erbe, das verbal schwer zu erfassen ist, wird z.B. von Hermann Hesse in dem Gedicht »Orgelspiel« (aus dem Buch »Das Glasperlenspiel«) beschrieben.

Auch das komplentative Betrachten der Natur und des Alls, das Schöpfen aus dem Reservoir der irdischen und kosmischen Kräfte, wie es in den östlichen Kulturen und Philosophien verbreitet ist, findet meines Erachtens immer noch zu wenig Beachtung in der humanstrukturellen Therapie. Diese Kräfte sind nur durch eine bescheidene Stellung des Menschen der Natur gegenüber, durch ein Gefühl der Einheit mit dem All und nicht durch Versuche, über die Natur zu herrschen, zugänglich. Das letztere betrifft die Therapeuten genauso wie die Patienten. Daß Patienten dies intuitiv begreifen können, illustriert folgendes Beispiel:

Humanstruktureller Tanz in Paestum. Ein archaisch Ich-kranker Patient entfaltet sich im Tanz, soweit seine Kräfte reichen. Obwohl er mitten in einer Gruppe tanzt, verliert er seine Kräfte. Wie der mythologische Antaeus wirft er sich auf die Erde, sammelt die Kräfte zusammen und tanzt wieder. Die Szene wiederholt sich mehrmals, bis er seinen Tanz beendet.

Ebenso wie bei dem oben von mir zitierten Fallbeispiel nutzte der Patient, jetzt mehr symbolisch, die kosmischen Kräfte zur Kontaktaufnahme mit anderen Menschen.

Die Harmonie des Menschen mit der Natur, seine Resonanz mit dem All kann meines Erachtens als Weg zu neuen Energiequellen in der Therapie benutzt werden und zwar öfter und bewußter als bis jetzt.

Während meines Aufenthaltes in der Klinik Menterschwaige lief nicht alles so reibungslos. Es passierte, daß sich das Team ab und zu in eigenen Übertragungen und Gegenübertragungen verwickelte, die intensiver Kontrollarbeit bedurften. Es traten auch hier ab und zu Stagnationen ein, wobei *Ammon* als Chefkonsiliarius der Klinik eingreifen mußte, um das Team mehr oder weniger effektiv aus den konkretistischen Verstrickungen herauszuholen. Es gab auch erfolgreiche und weniger erfolgreiche Trennungen aus der Klinik von Patienten und Mitarbeitern. Dies alles gehört zu einem lebendigen und dynamischen Therapiegeschehen.

Der beste Beweis der Effektivität der humanstrukturellen Therapie ist die Existenz der Klinik mit ihrer menschlichen Struktur. Der Beweis für die Wirksamkeit in der Behandlung von Grenzfallpatienten kann schon darin gesehen werden, daß die Klinik selbst Grenzsituationen erfolgreich überstehen kann trotz ständiger heftiger Angriffe von Außen, von sozial anerkannten paranoischen Gruppen und Institutionen.

Human-Structural Therapy — A Practical Way for an Efficient Treatment of the Borderline-Syndrome

Andrzej Guzek (Warsaw)

The author discusses in this paper the problems connected with the definition and the various psychotherapeutic approaches to the Borderline-Syndrome, emphasizing the main difficulties arising in the treatment of hospitalized patients in the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige. Proceeding from *Günter Ammon*'s human-structural concept, he considers the Borderline-Syndrome to be one facet of the human individuality in its healthy and pathological aspects, and describes in detail, how this concept is used in the intensive therapy of Borderline patients in the Clinic Menterschwaige. He had, as a Polish scientist, the opportunity to spend two years with the therapeutic team of the Clinic, thereby gathering theoretical as well as practical experience in the treatment of Borderlinepatients.

Using *Ammon*'s concept as his basis, the author characterizes the Borderline-Syndrome as an archaic disease of the ego which implies important deficits in the central core of the personality, compensated, or over-compensated, by well-developed scondary human functions. It is particularly the identity of the Borderline patient, i.e. the central and superimpsosed human function, that shows the greatest deficits. The author reviews critically the historical

development of the various known Borderline concepts, describing them as mostly split, over-intellectual and impersonally aloof. In his view, it is of particular importance, just in the case of the Borderline patient, that their therapist establish a genuine and supporting human contact with the patient — in keeping thus with *Ammon*'s exigence — in order to allow him the retrieval of ego-development which is the central aim of the therapy. The clinical Borderline-therapy is described in detail, with its practical problems and its results, within the social-energetic field of the Clinic Menterschwaige, thereby stressing the importance of group dynamics of the therapeutic team, with its exemplary role and its reflexion of the conflicts within the patients' group, which is fully used in the theapeutic work.

The author presents subsequently several short case histories, to illustrate the development process of Borderline patients through the clinical milieu-therapeutic field, as well as through the extended extramural mileutherapy in Paestum (South Italy) and Stelzerreut (Bavarian Forest).

Particular emphasis is laid on the therapeutic work in the separation phase, with its difficulties and its importance for the Borderline patient. The impact of the various therapeutic modalities is discussed — such as milieu-, dance- and hippotherapy, as well as the journeys to Paestum and Stelzerreut, with their enlargement of the experiential spectrum, made possible through the contact with other cultural and historical backgrounds. Of great significance for the author is the concept of social energy, the time and intensity of the therapy; crucial human development occurs in his view only within the framework of open time and space.

As a conclusion, the author sees in the further existence of, and the qualified therapeutic work in the Clinic, in spite of the brutal and inhuman attacks by Bavarian Police and Health Authorities, the best proof of the efficacy of humanstructural therapy — particularly for Borderline patients, in the Dynamic Psychiatric Clinic Menterschwaige.

Literatur

Ammon, G. (1977): Theoretical Aspects of Milieu Therapy (Berlin: Pinel Publikationen)
— (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. I (München: Ernst Reinhardt)
— (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: »Pinel«-Verlag)
Capra, F. (1987): Punkt zwretny, Panstwowy Instytut Wydavniczy
Diagnostic and Statistic Manual of the American Psychiatric Association/DSM-III (1980)
Emmert, Ch. et al. (1987): Kreativität und Sozialenergie im Verlauf eines milieutherapeutischen Projektes. In: Dyn. Psychiat. (20) 97—109
Jung, C.G. (1976): Archetypy i symbole (Warszawa: Czytelnik)
Kernberg, O. (1978): Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis

Adresse des Autors:
Dr. med. Andrzej Guzek
Klinik für Psychiatrie
der Warschauer Medizin-Akademie
Dunikowskiego 42
02-784 Warszawa
Polen

Eccentric Personality and the Borderline Syndrome**

David J. Weeks (Edinburgh)*

Der Autor diskutiert in der vorliegenden Arbeit die Frage der Differentialdiagnose ebenso wie die Gemeinsamkeiten von exzentrischer Persönlichkeitsstruktur und Borderline-Syndrom bzw. Schizophrenie. Er bezieht sich dabei auf das empirische Material seiner eigenen Untersuchung von 130 Exzentrikern.
Nichtpathologische Exzentriker beschreibt der Autor als ungewöhnliche Menschen mit einer Einsicht in ihre Andersartigkeit. Ihr Abgesondertsein von anderen erleben sie als Konsequenz ihrer Integrität gegenüber sich selbst und ihren Prinzipien. Sie sind kreative, humorvolle Menschen mit einem stark entwickelten bildhaften Vorstellungs- und Denkvermögen und Explorationsverhalten.
An Gemeinsamkeiten von Borderline-Patienten und exzentrischen Persönlichkeiten hebt der Autor hervor: Rigidität des Charakters, starker Narzißmus, gesellschaftliche Ungeschicklichkeit, eine Flut von Ideen, das Vorherrschen von Rationalisierung und Intellektualisierung.
Wie der Autor ausführt, unterlegen Exzentriker ihren Erfahrungen oft geheimnisvolle universelle, Raum und Zeit transzendierende Bedeutungen. In deutlich abgeschwächter Form fanden sich Symptome wie formale Denkstörungen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen bei 73% der von Weeks untersuchten Stichprobe. Die kreativen Strategien exzentrischer Menschen werden für die psychotherapeutische Behandlung von Borderline-Patienten, die unter ihrer Beziehungsunfähigkeit leiden und andere leiden machen, empfohlen. Der Autor stellt die These auf, daß die Gesellschaft die Herausforderung des geistig unabhängigen Außenseiters braucht, um nicht zu stagnieren.

When I was a small boy in New Jersey, I went with my parents and my uncle, a theologian, to a picnic in the grounds of Princeton University. There I met an elderly eccentric man with a halo of white hair shooting out wildly in all directions. He was wearing sandals and a long pullover, long before such attire became fashionable during the beatnik era. Arguably, he was one of the most dangerous and one of the most creative persons ever to have lived on this planet. He had, long before, guided humanity to a transformed, more profound understanding of the nature of reality. Peace was his goal, but it has eluded the world.

For myself, I was too young to have administered a mental state examination or research interview. I think I received a pat on the head. However, the benign aura of this eccentric old man, Professor Albert Einstein, made a great impression on me, having no doubt lasting effects. Slowly, imperceptibly, I have come to realize that only when we are struggling upward to the light are we quintessentially humane. It is crucial to be able to love and to work. But is there not more — the striving, spiritual dimension?

We are capable of being terrorists of the mind and heart. This is our destructive, aggressive urge-self-assertiveness gone wrong. This is why we need society

* Ph. D., Principal Clinical Psychologist, Jardine Clinic, Royal Edinburgh Hospital
** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.—21.3.1989 in der Hochschule der Künste Berlin

This is why we need society and the pressures of social conformity. And this is why we need teachers, great teachers. I say this as a man who has worked on a Polaris submarine, and, while not actually having my finger on the button, was not very far away from it. That was twenty years ago, and much has happened in the world since then. But the danger, the fear and the awareness of our awful destructiveness have not changed.

Recently, with Mikhail Gorbachev's valiant peace-making endeavours, his glasnost, his perestroika, we are working towards a deeper, better peace. But we must not be complacent. We have progressed from a situation where civilization could imminently stop to one in which a few rays of hope might flourish. Is it messianic to wish to change society for the better? I think not. And the case I would make is that we are only truly human when we are committed to ideals as immeasurable as these.

You may well be wondering by now what all this has to do with the borderline syndrome and eccentric personality. Let me explain.

The concept of the borderline syndrome, and indeed the people themselves, are constantly changing dynamically. Although their clinical presentation may fluctuate greatly, they are a vital facet of the human race. And, together with the schizophrenic, psychogeriatric, demented, and those with an IQ of 20 or 200, they should be afforded dignity. This is one of our joint goals. We must also bear in mind that sometimes fears of annihilation and abandonment have, regrettably, a strong basis in reality. We have many problems facing us — over-population, poverty, famine, the spectre of AIDS, political destabilization, neo-colonial exploitation of the Third World by multi-national industrial complexes, criminal conspiracies and corruption. These things make me mad.

What is needed is a radical redistribution of wealth, knowledge and caring on a global basis. Out of the great suffering endured by so many for too long may emerge a spark of true brotherhood, of love and forgiveness. This spark may take the form of a higher level of consciousness, one in which a much greater reckoning would be taken of our dreams and destinies. We perish or grow by suffering. And borderline-narcissists suffer greatly because they have insight. They can also provoke great suffering in others. Their potential to contribute to mutuality, or to sabotage it, is empyrean.

The borderline syndrome is the most severe personality disorder; it is threatening, because of its covert nature, in people of high attainment, in scientists, in military, religous and political leaders. They are zealous oppressors because of their pathological passion to manipulate. But to manipulate in a strange omnipotent way — to compel the outer objective reality to conform more rigorously to their inner subjective reality.

To do this, incompatible prepositions are forced into a mould, a framework of seeing. How strikingly can this alter perceptions, how breathtakingly simplified can reality be reduced. Some borderline patients may even be unwilling to accept that it is they who construct and determine their own world views. It is more acceptable for them to believe that their uncompromising views are

imposed upon by them by »the way things really are«. As one such person said, »in some ways I am rather stubborn, but whenever there has been a compromise, I feel that I am the one who has been compromised. Co-operating with other people makes me feel dominated by them. I cannot personally deny the validity of my understanding.«

Just as certain character traits are central to schizophrenia, for example, some combination like shyness and eccentricity, this should also be the case with the borderline syndrome. Clinical researchers do tend to focus on the manifestly full-blown cases, on the grounds that information about biochemical abnormalities may later be demonstrated best in such cases, and later, in more subtle cases. It is therefore probably premature to exclude atypical patients from such studies. The bathwater of the 'atypical' cases may contain the baby.

Because eccentricity occupies such a crucial place in the psychology of schizophrenia, one would also expect to find it, or at least some form of peculiarity. Many other symptoms and dynamic markers are neither pathogonomic of schizophrenia nor the borderline syndrome. Neither are all schizoid persons or schizotypal persons eccentric. And it is certainly the case that very few eccentric individuals are usually schizoid or schizotypal.

There are a number of traits that are shared between the stereotypical type of borderline patient and an eccentric individual. Those traits that most frequently overlap are the following:

Rigidity and inflexibility of character, which can be seen in some contexts and situations as a valuable integrity; narcissism, reflected primarily in linguistic self-reference, even when talking about other people or neutral topics; social awkwardness; the frequent use of the defense mechanism of rationalisation and intellectualisation; admitted social abrasiveness, 'not suffering fools gladly'; compulsive speechifying and talking, frequently interrupting other people's flow of speech; a prodigality of ideas, some of which are meaningful and valuable and finally, a driverness of motivation. This latter trait is perhaps the most interesting of all, because it is driven by singularly different motivations in the two different categories. The eccentric is driven by an exceedingly powerful curiosity and intellectual exploratory behaviour that practically knows no bounds, whereas the driverness of the borderline narcissist is for self-aggrandizement and shows a fairly marked insentitivity to the feelings of others. But borderline sufferers do have the potential, after long psychotherapeutic experiences, to deflect and reflect on this urge.

Stone (1980) instances cases of marked eccentricity and idiosyncratic thought that tends to be subsumed into the category of schizophrenia. He believes it is the quality of eccentricity of 'weirdness' that alerts the clinician to the presence of schizophrenia, or of the presence of a relatively stable personality formation whose most striking feature is that of eccentricity. Both loosening of association and inappropriateness of affect create the impression of bizarreness. *Modell* (1963) believed that the borderline patient was sometimes a

schizophrenic manque: eccentric and withdrawn, but not psychotic. He alludes to subtle doubts and partial decompensation concerning the subjective sense of reality. This can be replaced with dereistic thinking (thinking that is deliberately away from the object), shallow human relationships and an incapacity to settle upon a single relationship or life pursuit. These over-ideational borderline patients show an enormous wealth of fantasy, obsessive ideation, obsessions and preoccupations with their thinking processes and an absorption in their bodies and their bodily functioning. Their obsessional ruminations continually shift over a fairly wide range. On the Rorschach Ink Blot Test, borderline patients give even more flamboyant, over-elaborated, and peculiarly expressed responses than do good prognosis schizophrenics (*Singer* 1977). However, their unconscious infantile fantasies, based on projective identification with internalised objects operate to create a feeling in them of having clear insight, of the right to 'sit in judgment' on others.

Such difficult patients can be better understood by a more eclectic psychodynamic approach which integrates the full force of sexuality and sexual desire with the knowledge that the sufferer's object relations are deeply scarred and nearly irrevocably skewed. In passing, the sexually liberating thrusts of *Freud*'s ideas have been blunted by powerful counterforces: by cultural imperialism, religious doctrine, social alienation, and political repression on a scale undreamt of even by *Freud* in his blackest prescient uncanniness. Without physical consummation and fulfilment, life, love and meaningful relationships are incomplete. The passion or the erotic, the merging of shared loving carnal experiences is a pre-requisite of mutuality. Sex implies love; love implies commitment.

Borderline characters have few commitments, Machiavellian shifting loyalties, and no fundamental principles, other than a caricatured dedication to priority on the self. If borderliners possess ideologies, they are conflictual, they separate people.

The lack of interpenetration of libidinal and aggressive drive, which is necessary for an integrated affective response leads to a chronic tendency for primitive affect states to erupt. The ego boundaries are strong enough to allow for adaption to the demands and constraints of reality, but the deeper demands — particularly those required for meaningful human interaction — cannot be met. Splitting is the basic defense, inferred by their contradictory behaviour and arguments accompanied by bland, unconcerned denial of their flawed logic. Primitive idealisation can be placed on one person and pre-emptive retaliatory stereotypes projected onto others. Omnipotence and devaluation alternate. The key issue to bear in mind is that borderlines are attempting to extort validational evidence from a social situation in which their individual prediction of it has already been recognized as a failure. Acceptance by the therapist of the subjective experiential reality of the patient is the first testimony of the therapist's understanding. He should be shown the merits and disadvantages of self-validation, with its attendant virtue of independence, and in this frame-

work can be brought to realise that there are more acceptable and fruitful techniques of obtaining social validation aside from emotional extortion and emotional blackmail.

Their shallow promiscuity is indicative of exploitative narcissistic aims. Developmental arrest can be confidently postulated.

A brief vignette, the case of the Cycling Model, can best illustrate the nature of the syndrome. Invorrectly diagnosed as »hysterical«, this 35-year-old woman, a biology graduate, has vacillated for the past two decades between assuming a bourgeois identity, and entering a convent. Doing neither, instead she has seduced a series of psychologically marginal men, made them amorously dependent, then discarded them to maximise their pain. At the start of each therapeutic session, she overtly placed a Valium on the tip of her tongue in a sacramental manner, crossed herself in reverse with her left hand, and uttered an incantation. She claimed never to have dreamt, complained that psychotherapy was compelling her to be too introspective. Her father, a rigid disciplinarian, called her a prostitute when she became an artist's model. She had great respect for her father, compared to her feelings toward her mother, whom she regarded as a domestic nonentity. But she also hated her father. She took her revenge on her parents on their fortieth anniversary, knocking her father to the floor in a fit of rage. Her personal goal for the future was to be existentially profligate, ideally at the centre of a political sex-scandal, but then to be forgiven by a religous prophet, and repent her sins in the mode of latter-day Mary Magdalene. She believed in theosophy and astral projection. She also studied newspapers and magazines for signs that current affairs had been influenced by time-travellers, trying to ascertain their movements, methods and motives. Any kind of meaningful therapy would have ground to a halt, except for the insight that I had obtained from my researches into eccentric personalities. I was then able to come back to this case and treat this borderline patient more effectively, primarily by being able to get on her cognitive-linguistic wavelength.

I find myself disagreeing with *Wittgenstein*'s theorem, »The limits of my speech determine the limits of my world.« *Wittgenstein,* in my opinion, was wrong. He was fulfilling the role of a logician, not a psychotherapist. I disagree because speech is unlimited, visual imagination is unlimited, our objective world is unlimited, our subjective worlds are unlimited. Can language really be necessary for cognition, for abstraction? Language is a coding of thought, and can be an encyphering of thought, but not the only one. There is a poorly-fitting overlap between the parts of the brain responsible for each. The performance of totally deaf and normally hearing children on cognitive tasks is not necessarily related to knowing a word for the abstraction involved. Language experience may increase the efficiency of concept formation, development and use but is not necessarily a prerequisite of the capacity to abstract and generalize. Having a label or not does not necessarily effect thinking. So-called split-brain, commisurotomized or acallosal patients are able to catego-

rize and think abstractly with their right, nonlanguage dominant cerebral hemisphere. Some syntactically or semantically abnormal language may represent non-aberrant thinking. It could also be the case that non-linguistic intellectual processes may themselves have been significantly altered in the course of evolution associated with the development of social languages and socialisation. Is the nature of consciousness (and conscience) continually evolving in a positive direction? If this is the case, we can only observe at best a frozen snapshot from something happening in very, very slow motion, something that may take tens of thousands of generations.

Borderline patients have a non-articulated (either monolithic or segmentalised) cognitive structure. This can help to explain the enduring and stable persistence of the syndrome of instability. Such persistence can be construed as implacable determination and obstinacy. Such non-articulated systems are of low cognitve and affective complexity. To cope with emotion in a simple system, input control as well as instrumental behaviour can be used. Strong emotions can be controlled by it, by the »pruning« of more complicated cognitve subroutines and the strengthening of simpler versions. Sensory intake is controlled, decreasing the amount of relevant information processed. Two contrasting orientations can be discerned; one in which the person is open to the effects of novel information and is challenged by it, or one in which the person focusses on a limited type of events which are already habitually and firmly established in his repertoire. Hence, there is a high correlation between cognitive articultion and the practical — too — imaginative personality dimension.

The majority of borderliners prefer decision-making by simple criteria. The world is segmented to fit their cognitive systems. If data could be more creatively handled by a changed system, this is difficult because changes in some constructs and construct relations imply change in all. In the central construct cluster, which is often the only such cluster, each construct adheres to every other one with a high degree of correlation. Because of this extensive intermeshing, there is considerable within-cluster homogeneity of meaning. For example, the construct »intelligence« can come to be inappropriately equated with »exuberance«, or a physical/objective construct, such as »having arguments«, can be invariably taken as an indicant of a psychological construct, for example, »temperamental«, with the implication that only temperamental people can argue. Such people display, to an abnormal degree, the Pragnanz effect, by which memory traces are over-simplified with time. But the utility of a cognitive system is limited by how well it can subsume new phenomena and re-structure itself. When this is handicapped, there are detrimental effects on cue selection, interpretation, and impression-formation.

The linguistic output of people so effected may lead to misunderstanding between themselves and others. They may be able to observe all the behavioural specifics of social interchange but be unable to extend these to comprehend regularities in them. A further twist in this pathology is that psychologically-used words which carry a highly consensual meaning may be used, for

example, »maternal«, but when one probes for a definition, it may be highly specific, for example, »maternal means seeing that my children receive every single injection that is available«. Such filtering processes may be overcome when the individual comes to recognize that inferences drawn from preferred cues may be erroneous. Such an occurence may be less likely if the person also has an impermeable cognitive structure, which may only allow change under certain rather special cirumstances, for example, a transference neurosis or while accessible to persuasion.

The borderline sufferer appears in a somewhat invidious position; he has a singularly consistent need for social vindication. One reason for this is that, detached from his internal emotional cues, he feels the need for external validation. But the borderlines' social networks break down recurrently. What is needed is not only gradual re-labelling of feelings, but also gradual restructuring. The emphasis is on these cognitive channels, because initially they feel themselves to be more proficient in these areas. They prefer to talk about their thoughts rather than their feelings. Having a non-articulated cognitive structure is not necessarily an insurmountable problem. Patience and caution are needed when dealing with patients having monolithic structures. These patients have subtle but primitve confusions concerning even their own personal identity in relation to others. This is particularly the case with those who tend to view significant others along largely the same dimensions with which they define themselves, and construe others mainly at the same poles of these dimensions as themselves. The obvious way to treat a borderline patient with a segmented cognitive structure is to help him to find the appropriate missing links. The goal here would be to harmonize the several disjointed construct clusters. Eventually treatment will need to come to terms with the patient's emotions and their lack of appropriate expression.

I have learned a lot via my observations of non-patient eccentrics. Eccentrics are exceptional individuals with insight into their differentness. They are ideological and personal loners. Their separateness is forced upon them by their integrity to themselves and to their principles. A certain felicity of wit also runs through our transcripts of their speech. One subject's succinct self-conseptualisation was: »I have been trying all my life to become a cultivated enigma.« A dog lover who appointed his labrador as company director had his business cards printed with the motto »Wag your tail at everyone you meet.« Hyperbole was not lacking. One outspoken gentleman pronounced that »The only two good things to come out of Western civilization were Mozart and Napoleon brandy«. A quiet widow with an IQ of 150 extended Christ's Sermon on the Mount to an Eight Beatitude, a new injunction for the eccentric human predicament, »Blessed are the cracked, for they shall let in the Light.«

Signs and symptoms which turn up frequently in schizophrenia — *Schneider*ian first rank symptoms of thought disorder, delusions, and hallucinations — occurred amongst our sample of eccentrics, albeit in mild form and infrequent occurrence. Ninety-five out of the one hundred and thirty subjects, 73 per cent,

showed at least one of these symptoms, on the Present State Examination. This is the first time that these symptoms have been picked up in this frequency from any sample derived directly from the community. In only one person was a full-blown psychosis manifest at interview. Occurring most commonly were minimal delusional beliefs that some clinicians would classify as within the limits of normality. Belief in paranormal universes of discourse and experience loomed large. For example, one subject told us, »It can be dangerous. You can create low entities, low, low people, because I do believe there is another world, and I don't think this is the only one, and I think animates, sort of low animals, gremlins, trolls, would come and could interfere and could play a lot of mischief with you. Sometimes I wonder if I've ever been possessed by one.« There was a semi-hallucinatory quality to their graphic accounts. There were connections between their illusory perceptions and over-valued ideas. Extraordinary things and events acted as both revelation and evidence for their theories. Wreathed in their understanding of conspiracies and abstruse coincidences, they exulted in inspiration. This was accompanied by a feeling of weirdness and uncanniness. In this occult tendency, their impressions seemed to them to augur something of universal significance. The spiritual content of this included all-encompassing transcendant verities. Time and space seemed suspended. Unusual philosophising could spring from a preceding interest in science. Emphasis was placed on the forces of harmony in nature, a cosmic order almost beyond expression. Their ideas were ego-syntonic. The paradox is that the sense of revitalized purpose also brought with it feelings of transitory shame. This could imply a release from the encumbrances of ordinary sense, and with it, an increase in personal freedom, but even more so than a fixed stereotype, can paralyze a person's beliefs into unholy stasis. There was a modest association between having a paranormal delusion and having a religious delusion. More than four-fifths of those with paranormal delusions also had experienced at least one religious delusion.

The proportion of eccentrics with personality disorder reached thirty per cent for females and thirty-five per cent for males. This compares favourably with large scale studies conducted in Great Britain and the United States, in which as many as forty to forty-five per cent of neurotic patients fulfilled stringent research diagnostic criteria for personality disorder, and narcissistic personality was well-represented, more so than the other types. The passive-dependent category, which embraces passive-dependent, histrionic, and asthenic personality was significantly underrepresented. Of those with personality disorder, seventy per cent of the females and fifty-four per cent of the males fulfilled strict diagnostic criteria for two or more personality disorders. This could be indicative of the complexity of their minds, or their personal idiosyncracy. It is common to find that individual patients do meet the criteria for several supposedly distinct personality types, but I am aware of no one who has adequately explained this, other than by referring to the desperate weakness of using categorical typologies. The only clues that this research can shed

on this area are that, first, the female eccentrics with numerous personality disorders had one thing in common: a primary diagnosis of narcissistic personality disorder. Second, their male counterpart eccentrics had one thing in common: a primary or secondary diagnosis of borderline syndrome. For the entire sample, the correlation between personality disorder and *Schneider*ian thought disorder (by Present State Examination) was significant. This is the first time that this relationship between personality disorder and formal thought disorder has been demonstrated to exist. The most likely explanation for the problem of multiple overlapping personality diagnoses is that people with narcissistic and borderline syndromes are inherently more disturbed and their egos more disorganised. Because of this they may subsume hierarchically a number of other personality disorder types as a part of their pathology. Those with personality disorder are less curious, less original, and more superstitious. They also receive more consistently negative, angry and ostracizing reactions from other people, by as much as fifty per cent, than do eccentrics without personality disorder.

Multiple factor analyses revealed a relationship between extroversion and superstition, and also a more moderate relationship between tough-minded attitudes and scientific interests and occupations. One factor surely represented creativity; it was noted that on this factor there were significant connections with the schizophreniform thought transfer factor. This thought transfer factor was itself rather interesting, consisting of thought echo, thought broadcasting, the feelings of thoughts being controlled, but most surprizingly, active curiosity.

There was also an important linkage between hostile emotional criticism in the family and imaginative experience. This broadens the ambit of both these areas: expressed family emotion clearly does not always have adverse consequences, nor are its effects strictly limited to schizophrenia. This lends credence to the thesis that expressed emotion is not directly causative but may have more indirect effects, perhaps leading in the first instance to escape and withdrawal/avoidance, and then to lone imaginative pursuits. Only in some cases would this regress in a pathological direction and degree toward frankly autistic thinking and more bizarre symptoms.

The eccentric way of visionary looking first accentuates the importance of visual imagery in creativity. Their images are active; they operate on other concrete and abstract ideas. They create, by synthesis, conceptual analysis, symbolism and constructive modelling, new forms of information. A person's conscious control over such imagery is also important to creativity. But the most frequently mentioned aspect of this in the eccentrics' descriptions was image vividness. This vividness amounted to well-preserved eidetic imagery of sparkling clarity. The movement and action of the images can become extended to the point where series of them fuse, and precipitate further images, become blocked temporarily and re-fuse, until the imagery is almost impossible to follow and »dances before the eyes«. Some images become transformed

playfully into speculative hypotheses, some enlighten understanding. *Einstein* himself said he thought in images, not words, and trusted his tremendously powerful, instinctive intuitions for understanding what was really going on in nature. His theory of relativity began by his imagining what it would be like to ride a light shaft into outer space. »Imagination«, he said, »is more important than knowledge.« There is a close relationship between vivid imagery and an absorbing style of imagination. There is also a positive orientation toward imagination, introspection, daydreaming, and meditational abilities for those who remember their nocturnal dreams well. There is a substantial relationship between vivid dreams and imagery amongst eccentrics, and this is intimately related to the very essence of what it means to be eccentric.

This unfolding body of work has direct application to the treatment of borderline patients. Unconscious fantasy is the psychological expression of instincts. To define a meaningful cure for the borderline predicament posits more than an expedient bandaging of their hemorrhaging imaginations. Unconscious fantasy life comes into being through the medium of the ego. But borderline patients have defective egos. And although their parents do not necessarily have the full-blown syndrome, they do have similar personality deficits and lacunae. Both parents and sufferers can be asocial or antisocial in the absence of social adversity, material impoverishment or family discruption. Those who come for psychotherapy want to be closer to people, to overcome an invisible barrier they have erected protectively, which also obstructs their full social integration.

Therapy for borderliners involves protacted strengthening of defences rather than an undoing of them. It should als be less interpretative; they should be used more sparingly and carefully. One way to accomplish this joint task is to emulate the creative strategies of eccentrics outlined in our recent book, »Eccentrics: The Scientific Investigation.« Both groups share similar deficits, for example, an inflexibility in diverting their efforts away from their least sustainable ideas. Such resilience in the face of reality and criticism is not always disadvantageous, but there are only so many blind alleys that one can pursue. Borderline sufferers are less wellendowed with good ideas than are eccentrics; they follow a single obsession more repetitively. Nor are they as strikingly original. Therefore, because of their family resemblance, the eccentric approach can be seen as a possible bridging template.

But the chronic neurotic/anxiety aspects of the borderline personality also merit attention. Here, we find that borderliners mimic an overconformity to an imagined standard that even the most narrow conservative members of the community could not abide. When this is, as it often is, not attained, guilt befalls the sufferer. Neurotics and borderliners take themselves far too seriously; they lack a certain sense of humour.

Society needs its dissidents, its outsiders, its conscientious objectors. Unchallenged, a culture's vices can all too easily become stylized as its virtues. In an era when human beings seem typecast by their cultural biases or their

genes, eccentrics are an invigorating reminder of everyone's intrinsic uniqueness. Eccentric posses a more optimistic outlook, an ebullient sense of fun, and innovatory capability. Without challenge, society would stagnate. Eccentrics are examples of independent-mindedness and a questing freedom of spirit. By deliberately flouting conventions of behaviour that most of us seldom question, they remind us how much of our liberty we forfeit without thought, and how great our ability could be to shape our own lives. Transgressors help us to discover the far horizon of a society's symbolic values and ethics. We need, more than ever before, to discern these implicit assumptions, to unlock the underlying knowledge and the value in these phenomena of reflection. By truly understanding such positive deviants, those who refuse to go along with the maddening crowd, we can liberate ourselves and those trapped on the borderlines of life's unwarranted inhibitions. Walls are made from fear of the known and the unknown. Bridges are constructed on faith and hope.

Exzentrische Persönlichkeitsstruktur und Borderline-Syndrom

David J. Weeks (Edinburgh)

Zu Beginn seiner Arbeit schildert der Autor seine Begegnung als kleiner Junge mit einem exzentrischen älteren Mann, der mit weißer Haarmähne wild in alle Richtungen rufend, mit Sandalen und langem Pullover bekleidet, über das Gelände der Princeton University ging. Es war Professor Albert Einstein. Seine gütige Ausstrahlung hatte einen nachhaltigen Eindruck auf *Weeks.* Einstein war ein Mensch, der nicht in Worten, sondern in Bildern dachte. Seine Relativitätstheorie begann mit der Vorstellung, auf einem Lichtstrahl in den Weltraum zu reiten.

Wie die Exzentriker repräsentieren auch die Menschen mit Borderline-Syndrom, der schwersten Persönlichkeitsstörung, eine der vitalsten Facetten des Menschseins. Dabei verursachen die Borderline-Patienten großes Leid bei anderen, wie sie selber auch stark leiden. Es handelt sich um Menschen, deren Ich-Grenzen stark genug sind, um eine Anpassung an die Erfordernisse der äußeren Realität zu gewährleisten, die aber tiefergehenden Anforderungen, vor allem solchen, die mit emotional wichtigen menschlichen Beziehungen verbunden sind, nicht mehr gewachsen sind.

Das Borderline-Syndrom findet sich häufig bei Militärs, religiösen und politischen Führern sowie Wissenschaftlern. Es drückt sich aus in einer pathologischen Leidenschaft, zu manipulieren, wobei sie der äußeren Realität rigoros ihre Weltsicht aufzwingen, bis sie ihrer eigenen inneren subjektiven Realität entspricht.

Der Autor diskutiert im folgenden eingehend die Frage der Differentialdiagnose, aber auch die Gemeinsamkeiten von exzentrischer Persönlichkeitsstruktur und Borderline-Syndrom bzw. Schizophrenie. So finden sich Exzentrizität

zusammen mit Schüchternheit als typische Charakterzüge bei schizophrenen Menschen. Symptome wie formale Denkstörungen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen — schizophrene Symptome ersten Ranges nach *Kurt Schneider* — fanden sich sehr häufig bei der von *Weeks* untersuchten Stichprobe von 130 Exzentrikern, allerdings in abgeschwächter und in größeren zeitlichen Abständen auftretender Form. 73% wiesen mindestens eines der benannten Symptome auf.

Der Autor zitiert zustimmend *Stone* (1980), der für die Differentialdiagnose Schizophrenie versus Exzentrizität bei relativ stabiler Persönlichkeitsstruktur die Qualität der exzentrischen »Sonderbarkeit« vorschlägt. Schizophrenietypische Lockerung der Assoziationen sowie die Inadäquatheit des Affektes schaffen den Eindruck des Bizarren.

An Gemeinsamkeiten zwischen Borderline-Patienten und exzentrischen Persönlichkeiten nennt *Weeks:* Rigidität und Inflexibilität des Charakters; starker Narzißmus; gesellschaftliche Ungeschicklichkeit; das Vorherrschen der Abwehrmechanismen Rationalisierung und Intellektualisierung; zwanghaftes wortschwallartiges Reden; die Fülle von — z.T. bedeutungsvollen — Ideen; ein starkes Getriebensein zu Aktionen. Letzteres hat aber jeweils einen unterschiedlichen Ursprung — der Exzentriker ist getrieben von einer starken Neugierde und einem grenzenlosen Explorationsbedürfnis, während der narzißtische Borderline-Patient aktiv wird, um sich selbst aufzuwerten, dabei unsensibel für die Gefühle der anderen ist. An einer Fallvignette einer zunächst als hysterisch diagnostizierten Frau wird die Dynamik des Borderline-Patienten verdeutlicht.

Schließlich beschreibt *Weeks* Eigenschaften von nicht-pathologischen Exzentrikern: sie sind ungewöhnliche Individuen mit einer Einsicht in ihre Andersartigkeit. Ihr Abgesondertsein von anderen erleben sie als Konsequenz ihrer Integrität gegenüber sich selbst und ihren Prinzipen. Sie besitzen Humor (der Borderline-Patienten meistens fehlt).

Das Selbstverständnis eines Exzentrikers lautete: »Ich habe mein ganzes Leben lang versucht, ein kultiviertes Rätsel zu werden.« Exzentriker erleben die Welt als einen geheimnisvollen und unheimlichen Ort und unterlegen ihren Erfahrungen gerne universelle Bedeutsamkeit und transzendentale Wahrheiten, die Zeit und Ort außer Kraft setzen.

Weeks betont die Kreativität der Exzentriker, die vor allem in ihrem bildhaften Vorstellungs- und Denkvermögen liegt. Den lebensgeschicchtlichen Hintergrund dieses hoch entwickelten Imaginationsvermögens sieht *Weeks* in der emotional feindselig-kritischen Haltung der Familie, die den Menschen Zuflucht nehmen ließ in einer lebhaften Einbildungskraft.

Die kreativen Strategien der Exzentriker sollte sich ein Psychotherapeut bei der Behandlung von Borderline-Patienten zunutze machen — nicht zuletzt, um der Überangepaßtheit an eine eingebildete gesellschaftliche Norm zu begegnen, die man als neurotisch-ängstliche Kehrseite ebenfalls häufig bei Borderline-Persönlichkeiten findet.

Vernichtungs- und Verlassenheitsängste, für die sowohl Exzentriker als auch Borderline-Patienten und schizophrene Menschen besonders sensibel sind, haben häufig eine sehr reale Basis in den großen anstehenden Problemen der Menschheit.

Der Autor schließt mit der These, daß die Gesellschaft die belebende Herausforderung des geistig-unabhängigen Außenseiters braucht, um nicht zu stagnieren.

Literature at the author

Address of the author:
David J. Weeks, Ph.D.
Principal Clinical Psychologist
Jardine Clinic, Royal Edinburgh Hospital
Morningside Place
Edinburgh
EH 10 5HF
Scotland, U.K.

Prozesse der Nationenbildung in der Dritten Welt — Faktoren und Bedingungen nationaler Identitätsentwicklung**

Helmut Volger (Berlin)*

Der Autor untersucht in der vorliegenden Arbeit Voraussetzungen, Probleme und Perspektiven der nationalen Integrationsprozesse in den Staaten der Dritten Welt am Beispiel der afrikanischen Staaten. Er geht dabei von einem Nationenbegriff aus, der sich nicht an der Geschichte der Nationalstaaten in Europa orientiert, in denen die Nation ideologisch überhöht und mystifiziert wurde, sondern er sieht »Nation« eher pragmatisch als sozial auffindbare, offenbar (noch) notwendige Zwischenstufe zwischen kleineren soziokulturellen und politischen Einheiten (Dorf, Region) und andererseits größeren Bezugseinheiten wie Ländergruppe, Kontinent oder Weltgemeinschaft.
Die Analyse der Situation der afrikanischen Staaten verdeutlicht die immensen Schwierigkeiten und Belastungen, vor denen die afrikanischen Gesellschaften in ihren Prozessen des Wandels und der Integration stehen: die Kolonialzeit hat ethnisch, kulturell und wirtschaftlich heterogene Staaten mit konfliktträchtigen Grenzziehungen und strukturellen Defiziten im kulturell-politischen Selbstbewußtsein hinterlassen. Der rapide sozioökonomische Wandel in Richtung auf teilindustrialisierte bzw. industrialisierte Gesellschaften hat Prozesse der sozialen Entwurzelung und der Verstädterung, verstärkt durch ein rasantes Bevölkerungswachstum, ausgelöst, die Gesellschaften weisen starke soziale Ungleichheiten auf.
Angesichts dieser wirtschaftlichen und sozialen Krisenlage bietet — so der Verfasser — die Nation, mit der sich der Afrikaner deutlich identifiziert, einen wichtigen Bezugspunkt im Sinne eines gemeinsamen kulturell-politischen Nenners für die ethnischen und sozialen Gruppierungen. Dabei gefährden die starken Verteilungskämpfe aufgrund der Ressourcenknappheit und ungünstigen Welthandelsstrukturen die soziale Integration und die demokratischen Strukturen, die trotz der vorhandenen Probleme entwickelt wurden. Wirksame, das Selbstwertgefühl der Afrikaner respektierende Hilfe der Industrieländer würde, das macht Volger deutlich, helfen, daß die Staaten Afrikas diesen Prozeß der Nationenbildung als notwendiger Durchgangsstufe zu universaleren Organisationsformen und Denkmustern erfolgreich meistern können.

Viele Leser mögen sich fragen, welchen Sinn es macht, sich in einer Zeit zunehmender supranationaler Zusammenschlüsse wie der Europäischen Gemeinschaft und anderer regionaler Wirtschaftsgemeinschaften und der gewachsenen Einfluß- und Handlungsmöglichkeiten der Vereinten Nationen mit Nationen zu befassen.

Die Geschichte der Internationalen Beziehungen nach dem 2. Weltkrieg zeigt jedoch, daß das Denken und Handeln in nationalstaatlichen Kategorien bis heute noch nicht überwunden ist, vor allem — verständlicherweise — bei den »jungen« Staaten der Dritten Welt.

Dabei habe ich mir die Staaten der Dritten Welt zum Gegenstand meiner Betrachtung gewählt, weil in ihnen, die vor ca. 25 Jahren durch die Entkolonisierung in die staatliche Unabhängigkeit entlassen wurden, heftige, schwierige und

* Dr. phil., Fachbereichsleiter für Geschichte/Politische Weltkunde am Georg-Büchner-Gymnasium Berlin, Lehrbeauftragter an der Freien Universität Berlin

** Vortrag gehalten auf dem 7. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 17.—21.3.1989 in der Hochschule der Künste Berlin zum Thema »Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis«.

durch viele Interventionen von außen gekennzeichnete Prozesse der Nationen bildung ablaufen, die für die Zukunft der ganzen Welt von entscheidender Bedeutung sind, da in ihnen 3/4 der Menschheit leben.

Ich möchte in meinem Beitrag am Beispiel der Staaten Afrikas aufzeigen, vor welchen Problemen und Belastungen die jungen Staaten in ihrer nationalen Identitätsentwicklung stehen und welche Prognosen sich über die weitere Entwicklung ableiten lassen.

Zu den Begriffen Nation und Nationenwerdung (Nationbuilding)

Innerhalb der Dritte-Welt-Forschung herrscht eine heftige Auseinandersetzung über die Frage, ob die politisch-sozialen Prozesse in der Dritten Welt nach der Entlassung in die Unabhängigkeit überhaupt als Nationwerdung begriffen werden können: *Nuscheler* fragt provokativ »ist Nationwerdung ein Schlüssel- oder Scheinproblem«?, und wirft allen, die die Prozesse der jungen Staaten mit dem Maßstab »Nation« messen, eine eurozentrische Perspektive vor: jene Entwicklung der europäischen Nationalstaaten im 19. Jahrhundert sei eine spezifische ökonomisch-soziale Entwicklung, die nicht übertragbar sei (*Nuscheler* 1980). Richtig ist meines Erachtens an *Nuschelers* Argumentation, daß es sich bei Nationwerdungsprozessen in jeder Weltregion und jeder historischen Epoche um spezifische und nur begrenzt vergleichbare Phänomene handelt: Das heißt, wir können Afrika von heute nicht an der wirtschaftlichen, sozialen und politischen Entwicklung Englands, Frankreichs oder Deutschlands zur bürgerlichen Industriegesellschaft im 19. Jahrhundert messen, wie es häufig noch in der Dritte-Welt-Forschung geschieht.

Andererseits ist die nationale Identitätsentwicklung, wie *Worsley* sie darstellt, keine politische Ideologie der bürgerlichen Gesellschaft, sondern eine soziale Realität, die es in abgewandelter Form — in unterschiedlichen Paradigmen — zu allen Zeiten als eine Ebene politisch-sozialer-psychologischer Existenzweisen zwischen kleineren (Dorfgemeinschaften, Stämmen) und größeren Einheiten (Weltreiche o.ä.) gegeben hat (*Worsley* 1971). Die Nation erfüllt offensichtlich grundlegende menschliche Bedürfnisse nach Identifikation und Orientierung in einer stabilen kulturellen und wirtschaftlichen Lebensform — und die nationale Stufe der Integration scheint — so ist zumindest der heutige Stand der Forschung — eine notwendige Zwischenstufe für größere Einheiten regionaler, kontinentaler oder globaler Größenordnung zu sein.

Dabei schwankt sowohl historisch wie auch regional die konkrete inhaltliche Füllung des Begriffes erheblich, so daß Merkmalskataloge keinen heuristischen Wert besitzen. Am ehesten lassen sich die pragmatischen Definitionen der US-Politikwissenschaft verwenden, die »Nation« überwiegend subjektiv definieren. *Emmerson* sagt z.B., »Nation ist eine Gruppe von Leuten, die sich als Nation fühlen«, (*Emerson* 1960), für *Karl Deutsch* ist es eine von ihren Mitgliedern als Gemeinschaft erlebte soziale Großorganisation, die gemeinsame Wertvorstellungen und Einstellungen aufweist, in einem geographisch defi-

nierten Gebiet wohnt und sich mit einem Staat als politischem Herrschaftssystem identifiziert (*Karl Deutsch* 1972).

Die oft zitierten sogenannten »objektiven Faktoren« nationaler Identität wie gemeinsame geschichtliche Tradition, ethnologische Abstammung, kulturelle Orientierung und Sprache treffen bei genauerer Analyse nur in wenigen Fällen eindeutig zu, sondern sind viel eher als Entwicklungstendenzen und Zielgrößen nationaler Entwicklungsprozesse zu verstehen — man denke nur an die deutsche oder britische Nation —, handelt sich eher um eine dialektische Spannung zwischen Homogenität und Heterogenität in vielen Dimensionen. Wesentlich dürften in diesem Zusammenhang nicht primär der Bestand objektiver Gemeinsamkeiten, sondern der Prozeß der erlebten nationalen Integration im Bewußtsein des Einzelnen, aber auch die tatsächliche politisch soziale Organisation des Staates in ihrer Strukturierungs-, Schutz-und Integrationsfunktion sein.

Der Wandel der ökonomischen und sozialen Strukturen

Lassen Sie mich im folgenden diese beiden Dimensionen nationaler Identitätsbildung in Afrika in ihrem Zusammenspiel näher untersuchen, den Wandel ökonomisch-sozialer Strukturen, und den Prozeß psychologisch-politischer Integration: Zum einen hat der durch den Kolonialismus ausgelöste und nach der Unabhängigkeit fortgesetzte Prozeß der sogenannten »Modernisierung«, d.h. der Industrialisierung und Einführung marktwirtschaftlicher Systeme anstelle von Selbstversorgungswirtschaft, tiefgreifende soziale Veränderungen bewirkt: Es bedeutete eine fortschreitende Anonymisierung der Sozialbeziehungen, die Trennung von Wohn- und Arbeitsstätte, den Verlust an Selbstbestimmung. Anstelle der Identifikation mit der Großfamilie als Wirtschafts- und Sozialraum und dem Stammesterritorium als politischer Einheit und dem Häuptling als Schutz- und Gerichtsherr trat die Identifikation mit dem Zentralstaat und der Nation als soziale Großgruppe, ein Zugewinn an Lebensraum und Bewegungsfreiheit, aber ein Verlust an persönlichen Beziehungen und individueller Gestaltungsmöglichkeit.

Für die enormen sozialen Spannungen und individuellen Ängste und Aggressionen, die dieser rasante soziale und politische Wandel auslöst, bietet die Nation eine Identifikationsmöglichkeit, indem sich gerade die unteren Sozialschichten mit der Größe der Nation, ihrer Bedeutung identifizieren.

Man kann über diesen Prozeß in der afrikanischen Literatur nachlesen. Er wir in afrikanischen Romanen und Kurzgeschichten dargestellt, und in psychologischen Untersuchungen — es sei hier nur verwiesen auf das berühmte Buch von *Frantz Fanon* über die psychologischen Folgen des Kolonialismus (*Fanon* 1966).

Jener Prozeß des sozioökonomischen Wandels und Rückgangs der Agrargesellschaft ist nicht — im Sinne eines romantischen Klischees vom »einfachen Leben im Busch« — zu beklagen, sondern stellt einen notwendigen Wandel

zur Bewältigung der rasant wachsenden wirtschaftlichen und sozialen Probleme der Dritten Welt dar. Sein Tempo und seine tiefgreifenden sozialen Wirkungen — soziale Entwurzelung in den überschaubaren Dorfgemeinschaften, Massenmigration in die Großstädte — stellen enorme Belastungen des sozialen Gefüges dar und erschwerten den Prozeß sozialer und kultureller Integration, für den die Nation den Bezugsrahmen bildet.

Voraussetzungen für die nationale Integration

Erschwert wird jener notwendige nationale Integrationsprozeß auch durch die konkreten historischen Voraussetzungen, die die Kolonialmächte geschaffen haben:

1. Das kulturelle und psychologische Selbstwertgefühl wurde systematisch zerstört (vgl. die Studie von *Frantz Fanon* (1966), das vorkoloniale Erbe verächtlich gemacht und ersetzt durch die Bildungsinhalte der jeweiligen Kolonialmächte.
2. Gewachsene Wirtschaftsstrukturen wurden zugunsten schneller Ausbeutung umgeformt und z.T. zerstört.
3. Vorhandene politische Herrschaftssysteme wurden durch eigene ersetzt oder durch Schüren vorhandener Rivalitäten zwischen Bevölkerungsgruppen politisch soziale Spannungen verschärft.

Das Ergebnis war häufig — so belegt es *Frantz Fanon* — individuell eine defizitär-narzißtische Persönlichkeitsstruktur mit unkritischer Identifikation mit dem »modernen« Vorbild, kollektiv oft Uneinigkeit und Rivalität zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen der jungen Staaten: Man richtet die Aggression gegen sich selbst statt gegen den äußeren Gegner, der einem die narzißtische Wunde zugefügt hat (vgl. *Fanon).*

Nur in wenigen Fällen gelang es den Kolonialvölkern durch eine gutorganisierte Widerstands- und Befreiungsbewegung mit charismatischen Führern (Gandhi, Kenyatta, Ben Bella), ein gewisses Selbstbewußtsein und Zusammengehörigkeitsgefühl zu bewahren als Fundament für die nationale Integration nach der Entlassung in die Unabhängigkeit.

Die bei den europäischen Nationalstaaten am Beginn ihrer Entstehung in vielen Fällen vorhanden gewesene gemeinsame Kulturtradition, Sprache und anthropologische Abstammung war bei den neuen Staaten der Dritten Welt kaum vorhanden. Im Gegenteil, die meisten Staaten sind — wie *Volker Matthies* es für Afrika formuliert — »eine mosaikhafte Komposition von ethnischen Gruppen, die sich auf vielfältige Weise in ihrer Kultur, Rasse, Religion, Sozialstruktur, Wirtschaftsweise und Sprache voneinander unterscheiden« (*Matthies* 1971), die häufig erst durch die Kolonialverwaltung miteinander in Kontakt und gemeinsame Grenzen gebracht wurden — die Grenzziehungen waren selten an ethnisch-kulturellen Gesichtspunkten, sondern an macht- und militärpolitischen Gesichtspunkten der Kolonialherren orientiert gewesen.

Zur oben beschriebenen Identitätskrise durch die Zerstörung des Selbst-

wertgefühls und der sozioökonomischen Grundlagen kam also noch die außerordentliche Heterogenität der Staatsvölker, aus denen sich die Nationen entwickelten.

So standen und stehen die jungen Nationen vor einer mehrfachen nationalen Krise, wie *Nuscheler* es dargelegt hat:

1. Der oben erwähnten *Identitätskrise,* weil die Nation in dieser Gestalt ein künstliches Gebilde darstellt;
2. der *Krise der Partizipation,* weil die Masse der Bevölkerung kaum über den Entwicklungsprozeß und politische Entscheidungen informiert und an der Willensbildung beteiligt wird;
3. der *Krise der Penetration,* weil Verwaltung und Dienstleistungen das Hinterland nur lückenhaft erreichen und sich in der Regel auf die großen Städte konzentriert;
4. der *Krise der Distribution,* weil Güter und Dienstleistungen zwischen Regionen und sozialen Gruppen höchst ungleich verteilt werden (vgl. *Nuscheler* und *Ziemer* 1980).

Die Instabilität der politischen Herrschaftssysteme

Jene objektiven Strukturschwächen im Prozeß nationaler Integration, die die Entwicklung eines Zusammengehörigkeitsgefühls, eines Konsens über Spielregeln des Zusammenlebens, politische Werte und Entwicklungsziele außerordentlich erschweren, lassen es verständlich erscheinen, warum die politischen Herrschaftssysteme der jungen Staaten — nach europäischen Maßstäben — sehr instabil sind: Als Herrschaftssystem, das die jungen Nationen in einer Art patriarchalischen Vater-Sohn-Identifikation fast ausnahmslos für ihre Staaten übernahmen, vererbten die Europäer ihnen parlamentarische Mehrparteien-Regierungssysteme, die sich bei ihnen in jahrhundertelanger, krisenhafter Entwicklung gebildet und im politischen Bewußtsein der Bevölkerungsmehrheit »internalisiert« und »akzeptiert« worden waren und zudem das notwendige Maß an sozialem Ausgleich und Sicherung als Fundament hatten.

Bei den Afrikanern liegen weder die entsprechenden — relativ ausgeglichen — Sozialstrukturen aufgrund der kolonialen Ausbeutung und der heutigen Welthandelsstrukturen vor, noch die kulturellen und sozialen Einstellungen, die für das Funktionieren einer repräsentativen Konkurrenzdemokratie europäischen Musters erforderlich sind: die Afrikaner bevorzugen von ihrer Mentalität her die Großgruppendemokratie ohne Untergruppen und ohne ideologische Perspektiven, die pragmatischer ist und mehr auf charismatischer Führung (Dorfalte, Häuptlingen usw.) beruht: So führt *Julius Nyere,* früherer Staatschef von Tansania über die Demokratievorstellungen der Afrikaner aus: ». . .This idea of 'for' and 'against', this obsession with 'Government' balanced by 'Official Opposition' . . though it may exist in a democracy, is not essential to it, although it happens to have become so familiar to the Western world that its absence immediately raises the cry 'Dictatorship'. . . . I consider to be

essential to democratic government: discussion, equality, and freedom. . . . Those who doubt the African's ability to establish a democratic society cannot seriously be doubting the African's ability to 'discuss'. That is the one thing that is as African as the tropical sun. Neither can they be doubting the African's sense of equality. . . . Traditionally, the African knows no class. . . . If democracy, then, is a form of government freely established by the people themselves, and if its essentials are free discussion and equality, there is nothing in traditional African society which unfits the African for it. On the contrary, there is everything in his tradition which fits the African to be just what he claims he is, a natural democrat. . . .To the Anglo-Saxon tradition, the two-party system has become the very essence of democracy. It is no use telling an Anglo-Saxon that when a village of a hundred people have sat and talked together until they agreed where a well should be dug they have practised democracy. The Anglo-Saxon will want to know whether there was an organized group 'for' the motion, and an equally well-organized group 'against' the motion. . . (*Julius Nyerere,* zitiert nach *Duffy* and *Manners* 1961).

Die Krise der jungen Staaten

So nimmt es nicht wunder, daß die meisten der neuen Nationen auch in schwere politische Krisen gerieten und immer wieder geraten:

1. Die parlamentarischen Regierungen wurden durch Einparteiensysteme mit mehr oder weniger autoritären Strukturen ersetzt, die mit Militärregimen alternieren.
2. Die außerordentlich knappen Ressourcen, die die Staaten an ihre Bevölkerungen verteilen können, führen zu heftigen sozialen Verteilungskämpfen und zum Rückzug der Bevölkerung auf die soziale Orientierung an Stammesgruppen als Agenturen im Verteilungskampf, was den Eliteangehörigen eine willkommene Hausmachtbasis bietet — d.h. eine mangelnde Identifikation mit der Nation als sozialer Bezugsgröße, oft als »Tribalismus« bezeichnet.
3. Die neuerworbene Unabhängigkeit, die die jungen Nationen mit Stolz erfüllt hatte und hat, wird immer wieder beeinträchtigt durch den Zwang, um ökonomische, militärische und kulturelle Hilfe bei den Industrieländern nachzusuchen, eine Tatsache, die den Stolz der Nationen verletzt, aber noch auf lange Zeit unvermeidlich sein wird
   a) wegen der ungünstigen Produktionsstrukturen vieler Staaten am Beginn ihrer Unabhängigkeit,
   b) wegen der ungünstigen Position der Staaten auf den Weltmärkten (Terms of Trade),
   c) der kapitalabschöpfenden und reformunwilligen eigenen Machtelite.
4. Die großen sozialen Spannungen und die daraus oft resultierende — von den Eliten oft bewußt geförderte — starre Abgrenzung nach außen und der überschießende Nationalismus entladen sich immer wieder in Grenzkon-

flikten und ethnisch oder religiös motivierten Minderheitskonflikten und Kriegen mit den Nachbarstaaten.

Dabei werden die militärischen Konflikte in ihrer Brisanz und Dauer gesteigert durch die Einmischung der ehemaligen Kolonialherren oder der Supermächte, die die Konflikte im Sinne ihrer globalen außenpolitischen Dominanz- und Kontrollbedürfnisse beeinflussen bzw. nutzen wollen. Erst die Verständigung der Großmächte in den letzten zwei Jahren hat diese Einflußnahme reduziert bzw. sogar zu einem konfliktdämpfenden Effekt geführt (Angola, Namibia, Westsahara). Konfliktbegünstigend wirkt außerdem der internationale Waffenhandel und massive Rüstungsexport der Industrieländer, der inzwischen zum Ausbau eigener Rüstungsproduktionen in den sogenannten Entwicklungsländern, geführt hat.

Reduziert werden können die verheerenden kriegerischen Konflikte nur durch strikte politische Nichteinmischung und »Neutralität« der Industrieländer, die Verstärkung regionaler Organisationen wie der OAU, verstärkte Zusammenarbeit in der UNO und letztendlich durch Abbau der zugrundeliegenden massiven sozialen Ungerechtigkeiten und Krisenzustände.

Der Umgang mit der Dauerkrise — das afrikanische Modell

Man würde nun angesichts dieser Krisenphänomene und Streßsituationen vermuten, daß man kaum von kohärenter Nationenbildung sprechen kann, da ja zentrifugale soziale Prozesse dominieren, die ökonomischen Fundamente zur Ressourcenverteilung und Daseinsvorsorge fehlen und die politischen Herrschaftssysteme instabil sind.

Dennoch kann man, wenn man konkret sich die Entwicklung der einzelnen afrikanischen Nationen anschaut, erstaunlicherweise von nationalen Integrationsprozessen, einem steigenden Maß an nationaler Identifikation und nationalem Selbstbewußtsein sprechen, trotz der ungelösten sozioökonomischen, ethnischen und machtpolitischen Spannungen und Strukturdefekte.

Folgende Faktoren lassen sich als Hypothesen ableiten, die dieses Phänomen bewirkt haben könnten:

1. Die wichtige Rolle einer ganzen Reihe von charismatischen Staatsführern (in Analogie zu der Rolle der großen Könige oder Häuptlinge im vorkolonialen Afrika);
2. die allmähliche Integrationswirkung der gemeinsamen nationalen Sprache und Kultur durch das Bildungssystem (u.a. in Grundschulen und Berufsschulen);
3. die Rolle nationalstaatlicher Symbole (Flagge, Nationalhymne) und nationaler Erfolge (z.B. bei Olympischen Spielen);
4. die allmähliche, ansatzweise integrierende Wirkung staatlicher Verwaltung und des Ausbaus der Infrastruktur (Verkehr, Gesundheitswesen, Massenmedien);
5. die integrierende Wirkung der Zusammenarbeit der einzelnen ethnischen Gruppen in der Armee, Polizei und Verwaltung;

6. die langsame Wirkung von Industrialisierungs-, Agrar-, Gesundheits- und anderen Programmen durch UN-Sonderorganisationen und bilaterale Hilfe, die die sozioökonomische Basis verbessern, allerdings immer bedroht von akuten klimatischen Katastrophen, Verfall der Exportpreise u.a.m.;
7. der Einfluß der über zwanzigjährigen Zusammenarbeit in der »Großgruppe« der Organisation Afrikanischer Staaten (OAU), die sowohl das afrikanische Selbstbewußtsein stützte, aber auch innen- und außenpolitisch mäßigend wirkte.

Dennoch muß man betonen, daß es sich hier um erste Ansätze nationaler Integration handelt, die noch sehr instabil sind, vor allem weil entscheidende sozioökonomische Grundlagen, d.h. ein Mindestmaß an sozialer Gerechtigkeit und Befriedigung der Existenzbedürfnisse für alle, fehlen. Aber auch, weil Identitätsprozesse Zeit benötigen.

Konstruktiv — im Vergleich zu europäischen Nationen — wirkt in Afrika der größere Pragmatismus der Afrikaner, ihre Fähigkeit zur wirtschaftlichen und politischen Improvisation, der Diskussion in der Gruppe (Palaver), ihr gelassener Umgang mit der Zeit, die geringere Bewertung materieller Güter im Vergleich zu Freundschaft und Solidarität, die Fähigkeit, sich durch Musik und Tanz ein intensives Gemeinschaftserlebnis zu schaffen, die größere Offenheit für Kunst und geistige Dinge und das schöpferische Unbewußte.

Damit möchte ich aber nicht einem sentimentalen Klischee des »edlen Wilden« das Wort reden, sondern Persönlichkeitsstrukturen auf Grund gewachsener und nicht komplett zerstörter sozialer und kultureller Traditionen verdeutlichen, die Chancen für die Fortentwicklung der Nationen im Sinne größerer sozialer und politischer Stabilität, Befriedung und Lebenschancen für alle bieten.

Denn Nationen sind nicht nur Produkte historischer Ausgangsbedingungen, außenpolitischer Rahmenbedingungen und sozioökonomischer Strukturen und ethnischer Zusammensetzung, sondern ebenso Momentaufnahmen eines sozialen Lernprozesses von Großgruppen, in Interaktion der beteiligten Kleingruppenstrukturen, sozialenergetischen geistig-kulturellen Potentiale und individuellen Persönlichkeitsstrukturen, von Lernprozessen, die sich über Schulen, Fabriken, Parteien, Sportveranstaltungen, Militärdienst, Dorfpalaver, Gewerkschaften, ländliche Genossenschaften, regionale und zentrale Parlamente vollziehen und die Zeit, viel Zeit brauchen: Europa hat Jahrhunderte benötigt für den gleichen Prozeß, im Schnitt etwa 250 Jahre.

Wollen wir Europäer in diesem Prozeß der Nationenbildung als einem Zwischenschritt zu universaler Orientierung helfen, tun wir dies am besten einerseits durch Nichteinmischung in die politischen und militärischen Prozesse, andererseits durch Hilfe zur Verbesserung der sozioökonomischen Grundlagen, aber bei Wahrung des Stolzes und des Selbstbestimmungsrechts der Afrikaner.

Lernen können wir zugleich aus dieser Betrachtung nationaler Identitätsentwicklungsprozesse in jungen Staaten etwas Grundsätzliches über die nationale

Integration auch bei uns, die sich wenn sie gelingen soll, in einem Fließgleichgewicht zwischen Abgrenzung nach außen und Offenheit (z.B. im Handel), zwischen nationalem Selbstbewußtsein und regionaler Kooperation, zwischen innerer Integration und Wahrung der Rechte von Minderheiten und Opposition, zwischen Zentralisierung und Wahrung föderaler Elemente, zwischen Emanzipation der Bevölkerung und Wahrung ihrer gewachsenen kulturellen Werthaltungen sich vollziehen.

Dabei können die Humanwissenschaften im Sinne der Aufklärung Hilfe leisten für alle Beteiligten, das sind wir alle, um über die nationale Entwicklung hinaus auch zu globalen Lebens- und Denkweisen zu kommen.

Processes of Nation-Building in the Third World — Factors and Conditions of the Development of National Identity

Helmut Volger (Berlin)

Notwithstanding the increasing processes of supra-national forms of integration and co-operation, the author deals with the processes of national integration in the Third World. *Volger* is of the opinion that, due to the short period of national independence and self-determination, the difficult, but necessary processes of national integration are on the way, but need to be supervised and to be supported, This process of nation-building in the Third World is of utmost importance for the future of the whole world, because three quarters of mankind live in this part of the world.

In contrast to political scientists who think that nation is a phenomenon of the past and a pseudo-problem, the author considers nationhood to be a necessary intermediary unit between the small social and political units such as villages and regions on the one hand and groups of nations, continents and the world community on the other hand. But nationbuilding and nationhood has its specific features in each historic phase and region of the world: the European nation states of the nineteenth century cannot serve as a model and measure of reference for the contemporary processes in the Third World.

In demarcation to the lists of factors constituting the elements of nationhood in the eyes of many scholars, the author refers to the more pragmatic definitions of *Emerson* and *Karl Deutsch:* (1972) For *Emerson* (1960) nation »is a group of people who feel as a nation«, for *Karl Deutsch* nation is a large-scale social organisation which is experienced as community by its member and which has common sets of values and attitudes. *Volger* sees the constitutive factor of nationhood in the process of national integration as it is reflected in the minds of its citizen, but which must have its basis in an effective political and social capability of structuring, protecting and integrating the life processes in society.

In the new states in Africa this integrative capability of the societies as

nations is stressed in many ways, reaching often and transgressing the boundaries of integration: Firstly the far-reaching socio-economic process of modernisation and urbanisation which was partly initiated by the former colonial masters and partly maintained and enhanced by the new national elites resulted in the loss of roots and alienation of large segments of society: the social contacts became anonymous, subsistence economy was replaced by market economy, self-reliance by bureaucratic regulations. The identification with the clan as social and economic reference unit and the tribe as political unit was replaced by the identification with the central unit of the state, organizing medical care, financial assistance, holding elections and establishing an army as power instrument. This process of centralisation and modernisation which is complained by culture critics is necessary for the solution of the massive economic and social problems, but its psychological and political by-products — de-orientation, radicalisation and aggressive outbursts of violence — make the national integration extremely difficult.

This difficult act of integration the nations is further impeded and blocked by stumbling stones left over by the colonial masters: the extreme heterogeneity of the states in terms of ethnic and religious backgrounds, economic structures and resources, the destruction of their own cultural pride and self-esteem in favour of an adoration for the European culture and technology, the rivalry among the nations which was provoked by the colonial masters through their policy and the way they drew the frontiers. This heterogeneity and rivalry can only be overcome when the central state is able to reach all regions of the state with its measures, to distribute the goods and services to all regions and ethnic and social groups in a fair manner, to give all of them an adequate chance of social and political participation in relevant decisions on all levels, thus creating a feeling of national community.

As these aims are only partly and insufficiently reached, it is no wonder that the states are characterized by political instability in form of frequent changes of the system of government: parliamentary democracy, one-party-rule, military regimes. The social and political instability can also find its expression in regional international conflicts — the inner conflicts are repressed and covered by concentrating on outward enemies. This tendency of projecting inner problems is supported by the massive arms export of industrial nations to the Third World.

In the view of these massive problems in the developmental processes of African nations it is quite surprising, that there can be found constructive integrative social and political processes in the majority of the African nations on the long run, being interrupted by crises from time to time, but being not reversed or blocked by the latter.

What are the factors supporting this astonishing integration? The influence of charismatic politicians, the influence of national system of education, the co-operation of the different ethnic groups in organisations like police, army and administration, the role of national symbols like flags and anthems and

national festivals as well as the successes at international events like Olympic Games, the long-term effect of development aid programs on infrastructure and the level of supply with goods for the whole population, the influence of the long co-operation in the Organisation of African Unity.

This favourable, but nevertheless fragile integration process, creating self-confident African nations, is supported by the remaining African cultural traditions in the Africans: pragmatism, improvisation, inclination for group discussions, appreciation of solidarity and group work.

If the Europeans want to support this nation-building process, which is in the interest of all nations of the world, because it opens the way for larger forms of co-operation and for global thinking, they should find ways of helping the Africans effectively without violating their pride or destroying their own economic, social and cultural traditions.

Literatur

Deutsch, Karl W. (1972): Nationenbildung — Nationalstaat — Integration (Düsseldorf: o. Verlagsangabe)

Duffy, James; Manners, Robert (Hrsg.): Africa speaks (Princeton: Van Nostrand)

Emerson, Rupert (1960): From Empire to Nation — the rise to self-assertion of Asian and African people (Cambridge/Mass.: Harvard University Press)

Fanon, Frantz (1966): Die Verdammten dieser Erde (Frankfurt: Suhrkamp)

Matthies, Volker (1971): Schwarzafrika. Politische Konflikte und Entwicklungskrisen (Opladen: Leske)

Nohlen, Dieter; Nuscheler, Franz (1982): Handbuch der Dritten Welt. Bd. 1: Unterentwicklung und Entwicklung: Theorien — Strategien — Indikatoren. Erw. Neuaufl. (Hamburg: Hoffmann und Campe)

Nuscheler, Franz; Ziemer, Klaus (1980): Politische Herrschaft in Schwarzafrika (München: C.H. Beck)

Opitz, Peter J. (Hrsg.) (1984): Die Dritte Welt in der Krise. Grundprobleme der Entwicklungsländer (München: C.H. Beck)

Worsley, Peter (1971): The Third World. 3. Ed. (London: Weidenfeld & Nicolson)

Adresse des Autors:
Dr. phil. Helmut Volger
Ludwigkirchstraße 2
1000 Berlin 15

Buchbesprechungen / Book Reviews

Regine Lockot
Erinnern und Durcharbeiten. Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/Main. 1985, 387 S., Pb. DM 24,80

Das Buch von *Regine Lockot* ist in mehrfacher Hinsicht lesens- und bemerkenswert: Zum einen unternimmt sie den Versuch, die Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Dritten Reich anhand von bisher nicht ausgewerteten Quellen und persönlichen Befragungen mit Beteiligten darzustellen. Zum anderen verbindet sie dieses Vorhaben mit grundlegenden erkenntnistheoretischen Überlegungen vom Standpunkt der Psychoanalyse zur Geschichtsschreibung und -forschung über den Nationalsozialismus, die sowohl fruchtbar für ihr spezifisches Thema wie auch anregend für die Geschichtswissenschaft im Allgemeinen sind: Geschichtsforschung — so die zentrale These von *Lockot* — ist Objekt von Übertragungsprozessen — der Geschichtsforscher kann jedoch die Gegenübertragung, der er bei der Bearbeitung »dieser hochemotionalisierten Thematik« (S. 21) anheimfällt, als Forschungsinstrument nutzen, wenn er sie reflektiert: »Bietet sich hier nicht eine Chance, über die Gegenübertragung des Berichtserstatters einen überraschend lebendigen Zugang zu der damaligen Zeit zu gewinnen?« (S. 21). »Erinnern« bedeutet für *Lockot* das »Zulassen der Vielfältigkeit vergangener Wirklichkeit, so wie sie in Quellen und zeitgenössischen Berichten erkennbar wird« (S. 24), lineare, homogene Interpretationsmuster von Historikern wiederholen »in der Übertragung totalitäre Machtverhältnisse, die ja in ihrer Ideologie die Geschlossenheit eines Weltbildes suggerieren. . . Der Geschichtsforscher, der versucht, ein homogenes Bild historischer Verhältnisse abzubilden, wird unbewußt zum Apologeten der Macht, die er selbst meint, 'neutral' darstellen zu können, die ihn aber unmerklich unterwirft und ihm mit Hilfe seines Übertragungswiderstandes ihm die Raster ihrer linearen Interpretationsschemata aufzwingt.« (S. 24).

Zugang zu den unterschiedlichen Perspektiven in der Geschichtsschreibung gewinnt man — so kennzeichnet *Lockot* ihr methodisches Vorgehen — durch die Analyse der Abwehrmechanismen, die die traumatisierende Erfahrung der Vergangenheit in der späteren Geschichtsschreibung »neutralisieren« sollen: »Auch die Geschichtsschreibung der Geschichte der Psychoanalyse gehorcht den von *Freud* aufgezeigten Gesetzen des Unbewußten: Auch sie diente wohl weitgehend dem Bedürfnis, das erheblich beeinträchtigte Selbstbewußtsein der Psychoanalytiker, die unter der Herrschaft der Nazis in Deutschland geblieben waren, zu stärken. Auch Psychoanalytiker folgten in ihrer Geschichtsschreibung einer Tendenz, die die »unerbittliche Wahrhaftigkeit« vermissen läßt, huldigten standespolitischen Idealen, setzten dementsprechende Akzente und vernachlässigten weniger rühmliche Passagen.« *(Lockot,* S. 19) Sie färben die Berich-

te über die Psychoanalyse im Dritten Reich dementsprechend ein: »Diese Berichte sind nie neutral: Entweder sind sie als engagierte Rechtfertigungsberichte verfaßt ... oder als nachdenkliche Kommentare ..., in denen die Widersprüchlichkeit der damaligen Verhältnisse ... wiedergegeben wird ... oder aber als aktuelle standespolitische Legitimierung eines Anspruches« (S. 35).

Jahrzehntelang hat die Geschichtsschreibung der Psychoanalyse in Deutschland darunter gelitten, das sie zum Feld komplexer berufspolitischer Auseinandersetzungen zwischen DPV und DPG wurde: »Beide beanspruchen, die authentischen Nachfolger des alten Berliner Psychoanlytischen Instituts zu sein, also die Traditionsträger ... Die Tradition des alten Berliner Psychoanalytischen Instituts scheint als Garant für die Unversehrtheit durch den Nationalsozialismus gegolten zu haben. Sie demonstriert die Verbundenheit mit denen, die Deutschland verlassen mußten, aber früher Mitglieder der Gesellschaft gewesen waren. Damit wird die NS-Zeit als Bestandteil der Identität der deutschen Psychoanalytiker ausgeklammert, die Zeit davor oft nostalgisch verklärt. Die Geschichtsschreibung wird hier also in den Dienst der Auseinandersetzung um die Tradition gestellt ... In der Sekundärliteratur selbst ist eine Tradition der Geschichtsschreibung entstanden: Fast alle Autoren, die über das Schicksal der Psychoanalyse im Nationalsozialismus schreiben, geben ein fundamentales Statement ab; die einen halten sie für »liquidiert«, die anderen bezeichnen sie als »verschüttet«, und die dritten schreiben davon, daß sie »gerettet« wurde. (S. 20)

Diese Verzerrung der historischen Begegenheiten gilt es aufzudecken: Das geht jedoch nicht, darin ist *Regine Lockot* zuzustimmen, von einem vermeintlich objektiven, »neutralen« Standtpunkt aus, sondern die Auseinandersetzung mit der Geschichte geht nur in einem Prozeß der persönlich-ethischen und beruflich-fachlichen Standortbestimmung: Die Anpassung der Psychotherapie und Psychoanalyse an das ideologische und machtpolitische System des Nationalsozialismus, die Verfolgung und Ermordung der jüdischen Psychotherapeuten müssen beim Namen genannt werden (vgl. S. 36).

Der Forscher steht dabei vor dem Dilemma, daß — was die Zeitdokumente selber anbetrifft — die Korrespondenz der Psychoanalytiker nur bis 1933 erhalten ist, dann bricht die Korrespondenz ab. Es sind also nur die offiziellen Schreiben und Dokumente vorhanden: »Auf der Suche nach aufklärenden Fakten muß man betroffen innehalten. Das Verhältnis der Psychoanalytiker zu den Nazis, zu den Kollegen am Institut oder auch zu ihrem möglichen eigenen Engagement ist nicht oder nur z.B. durch ein markantes Ausrufezeichen *Görings* in einem von *Müller-Braunschweig* verfaßten Ausbildungsmemorandum dokumentiert. Sicher muß man annehmen, daß nicht alle Unterlagen erhalten sind — aber dennoch könnte man erwarten, vor allem nach den engagierten Berichten über die Psychoanalytiker in dieser Zeit, daß die instituionelle Präsenz der Psychoanalytiker einen schriftlichen Niederschlag gefunden hat. Tatsächlich sind die Unterlagen über die Zeit vor dem Nationalsozialismus, die Anfragen zur Ausbildung etc. dokumentieren, bis 1933 erhalten,

dann bricht die Korrespondenz ab. Aus den vorliegenden Dokumenten könnte man also nur eine Geschichtsschreibung der damals Herrschenden verfassen; diejenigen, die unterdrückt wurden und sich duckend anpaßten, hinterließen kaum Spuren. Das Ausmaß der Naziherrschaft wird eigentlich vor allem in diesem Phänomen deutlich.« (S. 36)

So muß der Historiker bei den Primärquellen berücksichtigen, daß sie die damals herrschende Ideologie und deren Machtpraxis widerspiegeln, bei der später verfaßten Sekundärliteratur nach dem Krieg die schon erwähnten unbewußten Verzerrungstendenzen, die lange Zeit die machtpolitischen Strukturen ausklammerte, d.h. die Formen der institutionellen Zusammenarbeit der Psychoanalyse und Psychotherapie mit dem Nationalsozialismus.

Deshalb liegt das Hauptverdienst des Buches von *Regine Lockot* vor allem in der detaillierten und reichlich dokumentierten Darstellung der Anpassung und »Selbstgleichschaltung« der Berufsorganisationen der Psychotherapie und Psychoanalyse: die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie, mit ihren Hauptvertretern *M.H. Göring* und *Cimbal,* erklärt dem nationalsozialistischen Staat gegenüber ihre Loyalität — so *M.H. Göring* 1934 auf dem Kongreß der Gesellschaft für Psychotherapie in Bad Nauheim — und akzeptiert die Rassenideologie der Nationalsozialisten. Nachdem ursprünglich die nationalsozialistische Regierung die Auflösung der Gesellschaft verfügt hatte, erreichten *Cimbal* und *Göring* 1933 durch Anpassung an die Vorstellungen der Nazis das Weiterbestehen der Organisation: *Kretschmer* legte den Vorsitz der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie nieder, *C.G. Jung* übernahm den Vorsitz, die Gesellschaft wurde gleichzeitig in eine überstaatliche Gesellschaft umgewandelt und eine neue deutsche allgemeine Gesellschaft für Psychotherapie gegründet, mit *M.H. Göring* als Vorsitzenden. Sie bekannte sich in ihrer Gründungserklärung ausdrücklich zum Nationalsozialismus und genoß wegen der guten Kontakte durch *M.H. Göring* zu seinem Vetter Hermann Göring — »*Göring* galt als Sprachrohr der Regierung« das Wohlwollen der Nazis (vgl. S. 63).

Die Deutsche Psychanalytische Gesellschaft paßte sich ebenfalls dem nationalsozialistischen System an in dem Versuch, das Berliner Psychoanalytische Institut und die Psychoanalyse in Deutschland aufrechtzuerhalten: »Mit der nationalsozialistischen Machtergreifung wird es still um das Berliner Psychoanalytische Institut. Nur auf internationalen Kongressen erfährt man etwas über die erhebliche Bedrohung, die die Psychoanalytiker in Deutschland durch das antisemitische, totalitäre, nationalsozialistische Regime ausgesetzt waren. Die jüdischen Psychoanalytiker bangten um ihre Existenz, die psychoanalytischen Schriften wurden verbrannt und die Psychoanalyse als »jüdische Wissenschaft« gebrandmarkt . . . *Freud* war es längst klar, daß psychoanalytisches Arbeiten nicht mehr möglich sein würde (*Boehm* 1978, S. 206 zitiert nach *Lockot*) . . . Diesen kühnen Abgrenzungsschritt . . . konnten die in Berlin verbleibenden nichtjüdischen Psychoanalytiker nicht tun; sie machten im Bestreben, der Regierung keinen Vorwand für ein Verbot der Psychoanalyse zu

liefern, Konzessionen. Der Bruch in einer kontinuierlichen Entwicklung der Psychoanalyse in Berlin und damit in Deutschland war offensichtlich.« (*Lockot,* S. 47). So wurde *Eitington* veranlaßt, den Vorsitz der DPG niederzulegen — *Felix Boehm* hatte vorher vergeblich *Freud* gebeten, *Eitington* zum Rücktritt zu bewegen —, weil nach einer Nazi-Verordnung keine Ausländer im Vorstand ärztlicher Gesellschaften sein durften. Man reagierte ängstlich auf den zunehmenden Druck der Nazis und auf ihre Auflösungsdrohung, indem man den jüdischen Mitgliedern nahelegte, auszutreten. Viele Mitglieder der DPG folgten *Eitington* in die Emigration ins Ausland.

Die Anpassung der DPG war letzten Endes vergeblich, 1936 wurde sie aufgelöst, ihr Berliner Institut in das Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie eingegliedert. Ebenso wie die adlerianische Gesellschaft für Individualpsychologie und die Jung-Gesellschaft entschloß sich die DPG zum Anschluß an das obenerwähnte Deutsche Institut, um weiterarbeiten zu können. Der Verlust der organisatorischen und geistigen Unabhängigkeit, die Ausrichtung auf die Interessen der Nazis in Therapie und Forschung wurde in Kauf genommen für finanzielle und politische Absicherung der Arbeit — das Insitut wurde hoch subventioniert durch die Arbeitsfront, den Reichsforschungsrat und das Luftfahrtministerium — man vollzog die »Selbstgleichschaltung« (*Lockot):* »Die Psychoanalytiker *Boehm, Müller-Braunschweig* und *Schultz-Hencke* kamen den unterdrückenden und letztlich zerstörenden Manövern der nationalsozialistischen Staats- und Parteistellen oft zuvor und vollzogen, wohl aus Angst vor Sanktionen und Einschränkungen, eine 'Selbstgleichschaltung'« (S. 47)

Die ausführliche Darstellung dieses Prozesses der Anpassung an den Nationalsozialismus, gezeigt am Verhalten ihrer Repräsentanten — *Kretschmer, M.H. Göring, S.G. Jung, F. Boehm, C. Müller-Braunschweig, Schultz-Hencke, G.R. Heyer* — in Briefen, Gesprächsnotizen, Teleframmen und Kurzbiographien —, macht ihn anschaulich und nachvollziehbar, er hinterläßt aber zugleich sehr gemischte, widersprüchliche Gefühle beim Leser: zum einen ein gewisses empathisches Verständnis bei der Lektüre der Biographien und Verhandlungsnotizen gegenüber der Anpassungsbereitschaft in dem System der Diktatur — man wollte seinen Beruf weiter ausüben, seine Therapierichtung »retten«, zum anderen aber Fassungslosigkeit über die wissenschaftliche und ethische Standpunktlosigkeit, aus der heraus man die Verdrängung und unbarmherzige Verfolgung der jüdischen Therapeuten lange vorher kommen sieht, sie hinnimmt und sogar, um die eigenen Institutionen zu erhalten, die jüdischen Kollegen auffordert, zu gehen. Erbitterung über die Machttaktik, mit der die Berliner Psychoanalytiker einen halbherzigen Rettungsversuch für das Wiener Psychoanalytische Institut unternehmen — wobei *Göring* zweifellos eher die Übernahme der Bibliothek des Wiener Instituts in das Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie im Auge hatte, während *Müller-Braunschweig* eher in Verkennung seiner Einflußlosigkeit bei den Gesprächspartnern im Wiener Institut Hoffnungen auf ein Weiterbe-

bestehen weckte, die jeder Grundlage entbehrten. Befremden über die Bereitwilligkeit hochdotierte Posten in dem neugegründeten Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie zu übernehmen, für das *Müller-Braunschweig* ein konzeptionelles Memorandum 1942 verfaßte, das die Anpassung der Psychoanalyse an den Nationalsozialismus zum Ausdruck bringt — sei es nun aus taktischen Gründen oder aus Überzeugung —. Erschütterung über die Kaltherzigkeit, mit der der einflußreiche *M.H. Göring* Interventionen bei seinem Vetter zugunsten des Institutsmitgliedes *John Rittmeister* verweigert, als dieser wegen seiner Mitarbeit im Widerstand verhaftet wird, während er ein anderes Mitglied der gleichen Widerstandsgruppe, den Pianisten *Helmut Roloff,* den er persönlich kannte, durch seine Intervention rettete. Ärger und Wut über *C.G. Jungs* polemische Angriffe auf die freudianische Psychoanalyse im Zentralblatt für Psychotherapie 1933/1934, in dem er heftige Angriffe auf *Freud* — »fanatische Einseitigkeit«, »schmutzige Adoleszenzphantasie des Erklärers« — mit rassistischen antisemitischen Äußerungen und Eulogen über die psychisch konstruktive Kraft das Nationalsozialismus verbindet *(Lockot* zitiert aus einem Aufsatz von *C.G. Jung* im Zentralblatt, Heft 1/2, 1934 mit dem Titel »Zur gegenwärtigen Lage der Psychotherapie«, vgl. *Lockot,* S. 94/95).

Gerade dies macht die Bedeutung des Buches von *Lockot* aus, daß es — vor allem bei den jüngeren Lesern, die diese Zeit nicht miterlebt haben — trotz oder gerade wegen seiner genauen Schilderung der Vorgänge und durch den Abdruck der Faksimiles der Briefe, Protokolle und Telegramme Gefühlsreaktionen auf das Verhalten der Beteiligten damals provoziert, zur persönlichen, ethischen Stellungnahme zum Verhalten von Wissenschaftlern im Dritten Reich auffordert.

Sicherlich — so macht *Lockots* Buch durch seine Dokumente und Beschreibungen deutlich — war das Ausmaß der Anpassung sehr unterschiedlich ausgeprägt: es reichte von passiver Resignation über »taktische« Stellungnahmen und Verhaltensweisen im Sinne des Regimes bis zur aktiven Mittäterschaft.

Ebenso unterschiedlich fiel auch das »Durcharbeiten« der eigenen Geschichte nach dem Krieg aus: Wie *Lockot* deutlich macht, haben sich die Beteiligten sehr unterschiedlich mit ihrer Rolle im Nationalsozialismus auseinandergesetzt. Viele haben geschwiegen oder sich gerechtfertigt. Andere haben sich selbstkritisch mit ihrem Verhalten auseinandergesetzt: »Integre Psychoanalytiker wie *Müller-Braunschweig* gingen aus diesem Prozeß (des Durcharbeitens, H.V.) beschämt, verletzt, betroffen und in ihrer Identität und Integrität zutiefst erschüttert hervor. . . *Müller-Braunschweig* nahm z.B. eine Nachanalyse auf, um seine eigene Verstrickung durchzuarbeiten.« (S. 316).

Diese Bearbeitung der eigenen Geschichte, so macht *Lockots* Buch deutlich, ist unabdingbar, wenn die Psychoanalyse und Psychotherapie nicht heute aufgrund ihrer unbearbeiteten Vergangenheit gruppendynamisch durch Spaltung und Schaffung von Feindbildern und in der Theoriebildung durch fixierte Dogmatik in ihrer Idnetitätsentwicklung steckenbleiben will: Es »neigen die

psychoanalytischen Gesellschaften (DPV und DPG) dazu, bedrohliche und unliebsame Aspekte der eigenen Geschichte dem jeweils anderen Teil der Gesellschaft zuzuschreiben und damit einer integrierenden Aufarbeitung auszuweichen (S. 316) ... Die Untersuchung des Einflusses der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft auf die psychoanalytische Theorienbildung steht noch aus.« (S. 317) Hier fehlt noch ein wichtiges Stück »Erinnern und Durcharbeiten« in der deutschen Psychoanalyse, um theoretisch, geistig und ethisch die Folgen der »Selbstgleichschaltung« an eine menschenfeindliche Diktatur zu überwinden, eine Diskussion, die überhaupt erst in den 80er Jahren mit Artikeln in der »Psyche« in Gang kam (vgl. *Lockot,* S. 15) und in kleinen engagierten Forschungsgruppen fortgesetzt wurde.

In diesem Kontext der Erforschung und Bewältigung der eigenen Vergangenheit bietet *Lockots* Buch für Psychologen, Psychoanalytiker und Psychotherapeuten viel Material und Anlaß, sich mit der heutigen Psychoanalyse und Psychotherapie in Deutschland anhand ihrer historischen Wurzeln zu beschäftigen.

Vor allem aber stellt es durch seine Darstellung des Anpassungsprozesses einer ganzen Wissenschafts- und Therapiedisziplin an eine menschenverachtende Diktatur die Frage nach dem ethischen Bewußtsein der Wissenschaftler, nach ihrem Menschenbild, nach den Zielen, die sie ihrer Forschung stellen, nach der Fähigkeit der Wissenschaft zu Selbstkritik und zur Offenheit zum Dialog mit Andersdenkenden — Fragen, die auch heute, angesichts anderer, eher technologischer Entfremdungsprozesse und raffinierter gentechnologischer, chirurgischer und pharmakologischer Eingriffsmöglichkeiten in den Körper und die Psyche des Menschen nichts von ihrer Aktualität eingebüßt haben.

Helmut Volger (Berlin)

Die Redaktion druckt die Rezension der englischen Ausgabe des Psychosomatik-Buches von Dr. med. Günter Ammon »Psychoanalysis and Psychosomatics« auf vielfachen Wunsch hier noch einmal ab: Thema und Aussagen des Buches haben nichts von ihrer Aktualität eingebüßt.

Die Redaktion

Günter Ammon
Psychoanalysis and Psychosomatics
Translated by Susan Hecker Ray

Springer Publishing Co., New York, 1979, 296 S., Pb., $ 16.95

This 1979 English translation of *Ammon*'s 1974 German work brings to a much wider audience an exposition of the development of this controversial writer's thinking. One book seldom traces an author's conceptual foundations, but this one does. Starting with *Freud, Ammon* explains the contributions to his own conceptual framwork made by *Deutsch (Felix), Alexander*

Schultz-Hencke, Kemper, von Weizäcker, Schilder, Hartmann, and *Federn.* Even *Groddeck, Garma, Meng, Mitscherlich, de Boon, von Uexküll,* and *Winnicott* are acknowledged for their contributions. Beginning with *Freud*'s original psychophysical model. *Ammon* unfolds the concept of the psychogenic origin of physical symptoms. He particularly concentrates on the developmental deficit characteristic of psychosomatic patients. This ego-deficit concept has been strongly influenced by the school of ego psychology (*Hartmann, Kris, Loewenstein,* and others).Yet the contributions of the object-relations theoreticians can also be recognized in his emphasis on identity problems, symbiotic clinging to undifferentiated objects, and the archaic fear of engulfment.

This book elucidates *Ammon*'s earlier described »structural narcissistic deficit in the sense of a defect in ego demarcation . . . as a 'hole in the ego' . . . [that] not only forms the structural basis of psychosomatic illnesses, but is also responsible for the genesis and the dynamics of the psychotic illnesses of the schizophrenic and manic depressive group, for the dynamics of the so-called borderline syndromes . . . and for the dynamics of sexual perversions« (p. 70). The eight case histories and one example of a group analytic process in Chapter 2 add to his explication of the clinical basis of his theoretical constructs. The individual case histories are particularly intriguing because they clearly are drawn from *Ammon*'s practice of group analysis and illustrate his understanding and treatment of individuals in a group setting.

Some idiosyncrasies of the translation, e.g., hypertonia for hypertension (p. 17), paroniac phantasies (p. 51), and chronification of the illness (p. 108) make for choppy reading. Misspellings such as thyreotoseicosis (p. 37) suggest a lack of concern for detail in an otherwise interesting book.

Dean T. Collins, M.D., Section Chief,
C.F. Menninger Memorial Hospital Topeka, Kansas
Aus: Menninger
Bulletin 46 (2) 1982

Eingetroffene Bücher / Books Received

Avoli, Massimo/Gloor, Pierre/Kostopoulos, George/Naquet, Robert (Eds.): Generalized Epilepsy. Neurobiological Approaches. Boston/Basel/Berlin: Birkhäuser Verlag, 1990

Ciompi, Luc/Dauwalder, Hans-Peter (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Aspekte. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 1990

Deidenbach, Hans: Zur Psychologie der Bergpredigt. (Reihe: Geist und Psyche) Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1990

Fend, Helmut: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken. (Entwicklungspsychologie der Adoleszenz in der Moderne; Bd. 1) Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 1990

Handlbauer, Bernhard: Die Adler-Freud-Kontroverse. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1990

Hirsch, Rolf D. (Hrsg.): Psychotherapie im Alter. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 1990

Lewintera, Roger: Georg Groddeck. Studien zu Leben und Werk. Aus dem Französischen von Elke vom Scheidt. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1990

McGoldrick, Monica/Gerson, Randy: Genogramme in der Familienberatung. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 1990

Stern, Max M.: Repetition and Trauma. Toward a Teleonomic Theory of Psychoanalysis. Edited by Liselotte Bendix-Stern. Hillsdale/N.J.: The Analytic Press, 1988

Textor, Martin (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für Psychosoziale Berufe. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1990

Wilke, Eberhard/Leuner, Hanscarl (Hrsg.): Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 1990

Zeier, Hans: Biofeedback. Physiologische Grundlagen — Anwendungen in der Psychotherapie. Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber Verlag, 1990

Nachrichten / News

Presseerklärung zur Abschlußpressekonferenz des 8. Weltkongresses der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XXI. Internationalen Symposiums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.—8.10.1990 in der Hochschule der Künste Berlin zum Thema »Psychotherapie der Psychosen« am 8.10.1990

Psychiater, Neurophsysiologen, Psychologen und Psychotherapeuten aus 18 Ländern, darunter starke Delegationen aus den USA, der UdSSR, Israel, Polen, Ungarn, Italien, Indien, Japan und Brasilien, tauschten auf dem 8. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XXI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.—8. Oktober 1990 in Berlin in mehr als 80 wissenschaftlichen Beiträgen die neuesten Ergebnisse über das Krankheitsverständnis, die klinische Forschung und die Therapie der psychotischen Erkrankungen aus.

Als Fazit ergab sich für die Wissenschaftler der Konsens, daß das Verständnis und die Behandlung der Psychosen einen grundlegenden Denk- und Einstellungswandel in den Humanwissenschaften erforderlich und unumgänglich macht: einen Paradigmenwechsel. Zu diesem Paradigmenwechsel gehören — wie Dr. med. *Günter Ammon,* Präsident der WADP und der wissenschaftliche Chairman des Kongresses, in seinem Eröffnungsvortrag hervorhob — folgende Essentials:

1. Das Dogma der Nichtverstehbarkeit und damit den psychotherapeutischen Nihilismus gegenüber den psychotischen Erkrankungen aufzugeben zugunsten eines therapeutischen Optimismus und der Einstellung des Behandelnden, daß Psychosen verstehbar und heilbar sind.
2. Kranksein ist immer nur aus der Gesamtentwicklung des Menschen heraus verstehbar. Es ist nur eine Seite, die gemeinsam mit anderen gesunden Seiten des Menschen den ganzen Menschen in Körper, Seele und Geist ausmacht. Wer nur die Krankheit sieht, kann nicht heilen.
3. Kranksein und Gesundsein des Menschen entwickeln sich im Feld seiner zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Entwicklung der Psychose ist aus einem vorwiegend defizitären-destruktiven Familienfeld heraus verstehbar, das durch destruktive oder fehlende Sozialenergie gekennzeichnet ist.
4. Sozialenergie, jene grundlegende psychische Energie, die sich in den zwischenmenschlichen Beziehungen des Menschen in seinen Lebensgruppen bildet, ist ein zentraler Begriff für das Verständnis und die Therapie der Psychosen. Das Konzept der Sozialenergie wurde vor 10 Jahren von *Günter Ammon* entwickelt und bildet seitdem ein zentrales Element in der Literatur der sich als dynamisch verstehenden Psychotherapie. Krankheiten, die durch destruktive und/oder defizitäre sozialenergetische Felder in der Familiengruppe entstanden sind, wie dies Dipl. Psych. *Maria Berger* (Berlin)

und Dipl. Psych. *Renate Bez* (München) in ihrem Referat über biographische Interviews mit psychotisch kranken Patienten darstellten, lassen sich durch konstruktive sozialenergetische Austauschprozesse in therapeutischen Feldern heilen.

Auf der Basis dieses theoretischen Konzeptes beschäftigten sich zahlreiche Referate mit den Möglichkeiten und Bedingungen der Psychotherapie der Psychosen im stationären und ambulanten Bereich: *Günter Ammon* stellte in seinem Eröffnungsvortrag die Grundprinzipien der stationären und ambulanten Psychosentherapie dar: Therapie in einem multidimensionalen verbalen und nonverbalen, gruppendynamischen und milieutherapeutischen Feld, in dem auch die Patienten untereinander eine sozialenergetische und co-therapeutische Funktion haben. Einzelne Aspekte dieser Therapie wurden von Mitarbeitern der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München in Referaten auf dem Kongreß dargestellt, so die integrative Funktion der Klinik-Großgruppe — Dr. med. *Rolf Schmidts* (München) —, die Theatertherapie — Dr. med. *Dorothee Doldinger* (München) —, die Musiktherapie — Dr. med. *Rolf Schmidts* und Dipl. Psych. *Gabriele von Bülow* (Berlin), die Maltherapie — *Georg Kress* (München) — und die Familientherapie — Dr. phil. *Gertraud Reitz* (München). Von zentraler Bedeutung für das Kongreßthema waren ebenso die Beiträge der ausländischen Referenten aus den Mitgliedsländern der WADP, die aus der klinischen Erfahrung in ihren therapeutischen- und Forschungsinstitutionen berichteten: So diskutierte Dr. med. *Béla Buda* (Budapest) auf dem Hintergrund der Systemtheorie die Systemaspekte der Psychosentherapie, Prof. *Mauricio Knobel* (Campinas/Brasilien) erörterte den Stellenwert der Kurztherapie in der Psychosenbehandlung, Dr. med. *Guilherme Ferreira* (Lissabon) die Rolle der Gruppenpsychotherapie. Wichtige Beiträge kamen von Prof. *Károly Ozsváth* und seinen Mitarbeitern aus dem therapeutischen Zentrum in Pécs (Ungarn), das nach dem Konzept *Günter Ammons* arbeitet — so z.B. das Referat von Prof. *Ozsváth,* Dr. med. *György Kóczán* und Dr. med. *Sándor Fekete* (Pécs) über die Anwendung des Ich-Struktur-Tests nach Ammon mit ungarischen Patienten — ebenso wie aus den Akademien und Universitäten Polens: so z.B. die Beiträge von Prof. *Maria Orwid* (Krakau) über ihre Therapien mit Jugendlichen, von Prof. *Hanna Jaklewicz* (Danzig) über den Wechsel biologischer Paradigmen in der Kinderpsychiatrie und von Prof. *Adam Szymusik* (Krakau) und seinen Mitarbeitern über psychosoziale Aspekte in der Schizophrenietherapie.

Die Referenten kamen zu dem gemeinsamen Ergebnis, daß es in der Therapie entscheidend ist, einen direkten emotionalen Kontakt zu den Patienten herzustellen in Verbindung mit den verschiedenen verbalen und non-verbalen therapeutischen Methoden. Wichtig dabei ist, daß die therapeutische Arbeit der verschiedenen Einzel-, Gruppen- und Milieutherapeuten integriert wird, und zwar sowohl über die Theorie — hier bietet sich als methodenintegrative Theorie die Humanstrukturologie der Dynamischen Psychiatrie an — als auch über die Zusammenarbeit der Therapeuten selber. In diesem Zusammenhang

betonte *Ammon*, daß Psychosentherapie nur mit einer Gruppe von Therapeuten möglich ist, so wie dies z.B. in der Klinik Menterschwaige praktiziert wird.

Entscheidend für den langfristigen Behandlungserfolg ist dabei die Einbettung der klinischen Psychosentherapie in eine Behandlungskette mit ambulanten Praxen und therapeutischen Wohngemeinschaften, wobei letztere sowohl prophylaktische wie auch Nachbehandlungsfunktionen übernehmen können, so das Fazit des Beitrags von Dipl. Psych. *Sylvelin Römisch* et al. (München).

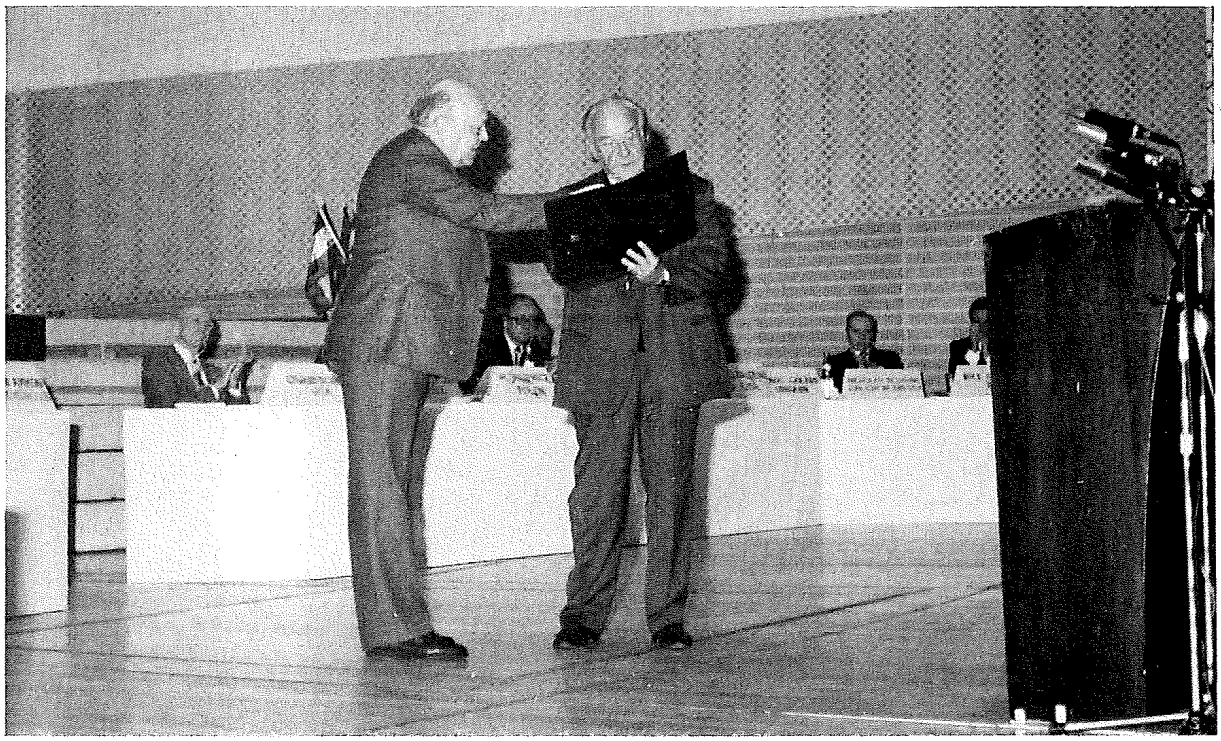
Daß die psychotherapeutische Therapie der Psychosen eine hohe therapeutische Effizienz aufzuweisen hat, belegten die auf dem Kongreß vorgestellten Effizienzstudien aus der Klinik Menterschwaige an insgesamt 250 schizophren und depressiv erkrankten Patienten von Dr. phil. Dipl. Psych. *Ilse Burbiel* (München) und Mitarbeitern: durch die klinische Therapie wird nicht nur eine deutliche Symptomreduzierung bewirkt, sondern es werden auch Persönlichkeitsveränderungen erreicht, die für eine stabile Heilung entsprechend den Behandlungszielen der Dynamischen Psychiatrie notwendig sind. Eine katamnestische Studie 1 bis 6 Jahre nach der Klinikbehandlung bei 50 ehemals psychotisch erkrankten Patienten konnte erste Forschungsergebnisse bringen: die Symptome blieben konstant reduziert, die Kontaktfähigkeit nahm deutlich zu und die Persönlichkeit hat sich in der an die Klinikbehandlung anchließenden ambulanten Therapie weiter entwickelt, was sich in der veränderten Gestaltung des eigenen Lebens- und Berufsfeldes widerspiegelte.

Interessante Aufschlüsse über die Wechselwirkung psychischer und physiologischer Prozesse im Menschen vermittelten die neurophysiologischen Forschungsarbeiten: so der Beitrag von Prof. *L.R. Zenkov* (Moskau) und Dr. med. *A.N. Molla-Zade* (Baku) über die psychogene Hemiparese, von Prof. *Vadim Rotenberg* Moskau) über funktionelle psychologische und biologische Aspekte von Angst, Panik und Depression, von Dipl. Psych. *Renate Bez* (München) und *Monika Dworschak* (Berlin) über den Autokinetischen Lichttest, sowie der Beitrag des Psychiaters und Schlafforschers *Ulrich Köppen* und Dipl. Psych. *Astrid Thome* (München) aus dem Schlaf- und Traumverhalten von anorektischen Patienten, der sowohl neue Erkenntnisse über die Bedeutung der Deltawellen im dritten und vierten Schlafstadium brachte wie auch über die Bedeutung des Schlafs für die Integrations- und Regulationsprozesse der menschlichen Psyche: die Schlafforschung wird zunehmend zum sensiblen Meßinstrument, um den Stand der Persönlichkeitsentwicklung und das Ausmaß der Regulations- und Integrationsstörungen des psychisch Kranken zu erfassen.

Daß das Menschenbild, das Krankheits- und Gesundheitsverständnis und Therapiemethoden immer auch historische, politische, kulturelle und soziale Dimensionen aufweisen, wurde deutlich an den Arbeiten des indischen Zweiges der WADP unter Leitung von Prof. *Jai B.P. Sinha* (Patna), der über die Hindu-Identität vortrug, der Leningrader Gruppe (Prof. *Modest Kabanov*, Prof. *A.M. Shereshewsky*, Dr. *V.D. Wied*, Dr. *J.J. Tupizin)* über spezielle Ent-

Eröffnung des Kongresses

Verleihung der Goldmedaille und Urkunde der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) an Prof. Dr. Rita Rogers, Clinical Professor of Psychiatry, University of California, Los Angeles, School of Medicine, Chief of the Division of Chid Psychiatry, Los Angeles, durch den Präsidenten der DAP Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München)

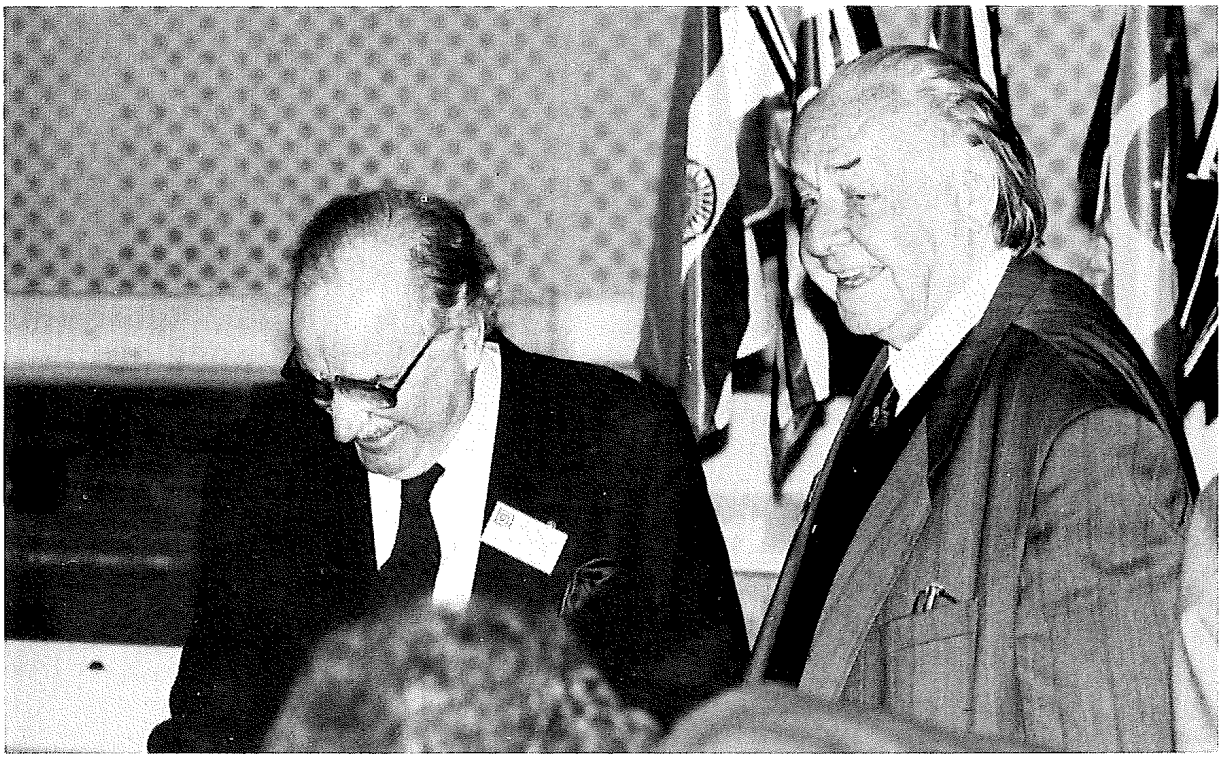


Dr. med. Béla Buda (Budapest). Vizepräsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, 1. Vorsitzender der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und Chairman des ungarischen Zweiges der WADP überreicht Dr. Ammon im Namen der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft die Urkunde über die Ehrenmitgliedschaft

v.l.n.r.: Dipl. Psych. Maria Berger (Berlin), Psychoanalytikerin in der DAP, Exekutivsekretärin der WADP, 2. Vizepräsidentin der DAP: Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München): Prof. Dr. med. Maurio Knobel (Campinas/Brasilien), Director of the Psychiatric Department of the University of Campinas, Vice-President of the International Federation for Medical Psychotherapy, Vice-President WADP: Dr. Clara Knobel, im Arbeitszimmer von Dr. Ammon im Berliner Institut der DAP

Dr. med., Dr. phil. Edward J. Dehné (Carson City/USA), Executive Vice-President Continuing Medical Education, Vice-President WADP, Chairman des amerikanischen Zweiges der WADP, im Gespräch mit Dr. Ammon

v.l.n.r.: Dr. med. Mikiko Hasegawa D.M.S. (Tokyo), Clinical Director of the Hasegawa Hospital Tokyo: Sumiko Ishida (Tokyo), P.S.W., Staff Member of the Hasegawa Hospital: Dr. med. Takashi Yamaguchi (Tokyo), Foundation Professor and Head of the Dept. of Clinical Psychology and Human Sciences, Hiroshima Shudo University, Clinical Professor Dept. of Neurophsychiatry, Nihon University Hospital, Secretary Elect Psychotherapeutic Division, World Psychiatric Association WPA; Dr. phil. Viktor Wied (Leningrad), Psychoneurologisches Institut W.M. Bechterew; Dr. med. Juri Tupizin (Leningrad), Psychoneurologisches Institut W.M. Bechterew; Prof. Dr. med. August Shereshevsky (Leningrad), Leiter der Informationsabteilung des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew



Prof. Dr. med. George B. Palermo (Milwaukee), Associate Clinical Professor of Psychiatry at the Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Dept. of Psychiatry and Mental Health, Fellow of the WADP und Honorary Fellow of DAP, im Gespräch mit Dr. Ammon

v.r.n.l.: Prof. Dr. phil. Jai B.P. Sinha (Patna/Indien), Professor at the A.N.S. Institute of Social Studies, Patna, Vice-Präsident WADP, Chairman des indischen Zweiges der WADP, Chief Editor of the WADP Newsletter; Dr. phil. Israil Khan (Gaya/Indien), Dept. of Psychology, M.U. Bodh Gaya; stud. psych. Traudel Otto (Berlin); Dr. phil. C.B.P. Singh (Bhagalpur) Dept. of Psychology Bhagalpur University

links: Prof. Dr. med. Adam Szymusik (Krakau), Chairman Dept. of Adult Psychiatry, Copernicus Academy of Medicine, Board Member of the Polish Psychiatric Association; rechts: Prof. Dr. med. Maria Orwid (Krakau), Associate Professor of Psychiatry and Director of Child and Adolescent Department of Psychiatry, Copernicus Academy of Medicine, Chairman des polnischen Zweiges der WADP; sowie zwei Mitarbeiter aus Krakau

Dr. med. Heinrich Huebschmann (Heidelberg), Arzt für Innere und Erinnerungsmedizin (Psychotherapie) im Gespräch mit Dr. phil. Dipl. Psych. Ilse Burbiel (München), Lehr- und Kontrollanalytikerin (DAP), Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Pressereferentin der WADP

v.l.n.r.: Dr. Tupizin, Dr. Wied (beide Leningrad), Dr. med. A.A. Churkin, Leitender Psychiater des Hauptamtes für Prophylaktische Gesundheitshilfe des Gesundheitsministeriums der UdSSR; Dr. Ilse Burbiel (München)

v.l.n.r.: Rudolf Grüssinger (Eschborn/Taunus), Freier wissenschaftlicher Rundfunkjournalist; Dr. phil. Barbara Nickolaus (Berlin), Medizinjournalistin (Berliner Morgenpost, Ärztezeitung), Prof. Dr. med. Vadim S. Rotenberg (Moskau), 1. Medizinisches Institut des Gesundheitsministeriums Moskau, Chairman des sowjetischen Zweiges der WADP

v.r.n.l.: Dr. med., Dr. phil. Edward J. Dehné (Carson City); Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München), Dr. phil. Ilse Burbiel (München)

Während der Pressekonferenzen des Kongresses

Prof. Mikiko Hasegawa (Tokyo) im Gespräch mit Dr. Ammon: links davon: St. Ass. Sabine Fröhlich (Berlin), Mitarbeiterin des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP; Prof. Mauricio Knobel (Campinas/Brasilien): Dr. med. Béla Buda (Budapest)

v.l.n.r.: Professor Judge Carmi (Haifa), Richter am District Court Haifa: President of Society for Medicine and Law in Israel, President of World Association of Medical Law, President of the Israeli Branch of WADP; Dr. phil. Ilse Burbiel (München); Prof. Vadim Rotenberg (Moskau)

Während des Reichtagsessens

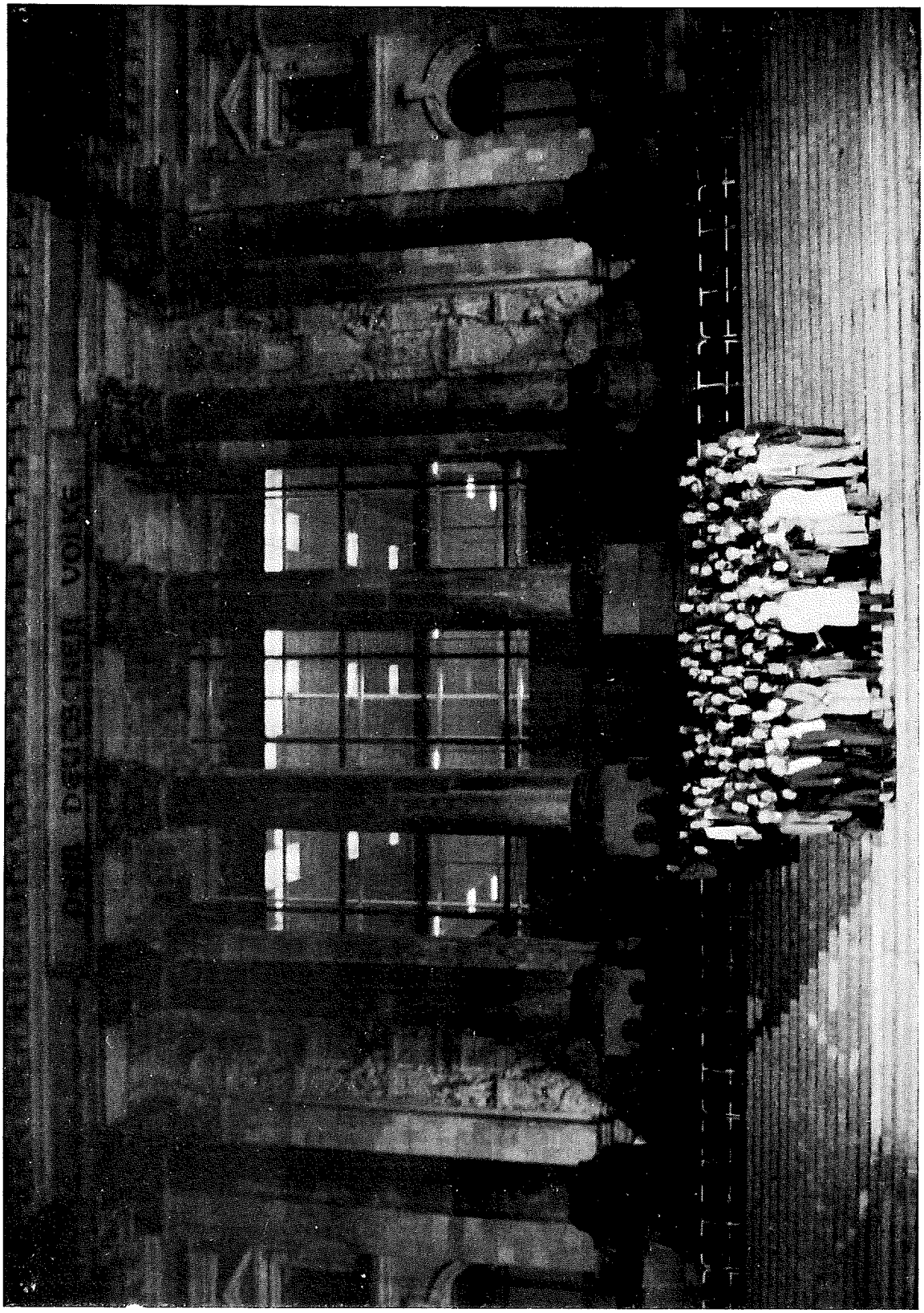
v.l.n.r.: Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München); Dipl. Psych. Maria Berger (Berlin); Dr. med. Guilherme Ferreira (Lissabon), President of the World Association for Social Psychiatry WASP; Frau Ferreira

v.l.n.r.: Dr. Clara Knobel und Prof. Mauricio Knobel (Campinas/Brasilien); Dr. Ammon; Dipl. Psych. Maria Berger (Berlin)

Während des Reichstagsessens

Referenten des Kongresses bei ihren Vorträgen

o.l.: Dr.phil. Gertraud Reitz (München), Lehranalytikerin (DAP), Vizepräsidentin der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG); o.r.: Dr. phil. Helmut Volger (Berlin), Studiendirektor, Lehrbeauftragter an der Freien Universität Berlin, Exekutivsekretär der DAP; m.l.: Ulrich Köppen (München), Psychiater, Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige; m.r.: Dr. med. Dorothee Doldinger (München), Präsidentin der Deutschen Gruppenspychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), Mitarbeiterin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Exekutivsekretärin des deutschen Zweiges der WADP; u.l.: Dr. med. Rolf Schmidts (München), Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Chairman des deutschen Zweiges der WADP, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin; u.r.: Dr. phil Oskar Sahlberg (Berlin), Studienrat, freier Wissenschaftsjournalist



Three days after unification of the Germans: the Board of Governors of WADP, the lecturers of the congress and the organisators of the congress in front of the Deutsche Reichstag where the banquet for 80 prominent congress lecturers and delegates took place on the 6th of October 1990.

wicklungen der Psychosentherapie und Psychiatrie in der UdSSR, der Arbeit von Dr. phil. *Helmut Volger* (Berlin) über gesellschaftliche Prozesse und Ideologiebildung und dem Beitrag von Dr. med. *Edward J. Dehné* (Carson City) über die Probleme der Friedenswahrung bei einer wachsenden Weltbevölkerung. Gerade diese Gruppe von Beiträgen machte deutlich, daß der Paradigmenwechsel in der Psychiatrie einhergeht mit einem Paradigmenwechsel in anderen Wissenschaften und der Politik. Einen wichtigen Beitrag zu dem Paradigmenwechsel in der Außenpolitik durch psychologische Konfliktvermittlungsbemühungen in internationalen Konflikten hat Prof. *Rita Rogers* (Los Angeles) geleistet. Für diese Verdienste wurde ihr auf dem Kongreß die Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse verliehen.

Dr. med. *Günter Ammon,* dem wissenschaftlichen Chairman des Kongresses, wurde für seine Verdienste um eine humanistische Psychiatrie die Ehrenmitgliedschaft der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft verliehen; die Verleihungsurkunde überreichte ihm der Vizepräsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, Dr. med. *Béla Buda* (Budapest).

Der 8. Weltkongreß im Spiegel der Presse

Psychosen erfolgreich behandelt

Wenn psychisch Kranke aus der Isolation herausgeholt werden, können sich ihre Symptome erheblich verbessern. Dies geht aus einer Studie der Münchener Klinik Menterschwaige hervor, die auf dem internationalen Kongreß »Psychotherapie der Psychosen« in Berlin vorgestellt wurde. Die Untersuchung enthält Beobachtungen an 50 Patienten über einen Zeitraum von bis zu sechs Jahren, die zum überwiegenden Teil an Schizophrenie oder organisch bedingten Depressionen litten. Wie die Kongreßsprecherin *Ilse Burbiel* berichtete, verbesserte sich die Lebenssituation bei etwa 85 Prozent der Kranken erheblich durch ein integriertes Behandlungsverfahren. Das Konzept umfaßt neben einer möglichst kurzen medikamentösen Behandlung auch Theater- und Maltherapie. Nach dem stationären Aufenthalt folgt eine ambulante Versorgung, vielfach in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Dort bereiten sich die Patienten allmählich auf ein normales Leben vor. Bei zehn bis 14 Prozent der Patienten verschlechterten sich nach Angaben von Ilse Burbiel die Symptome. Es handle sich dabei um Therapieabbrecher, um Patienten ohne ambulante Nachbehandlung oder um solche mit einer überdurchschnittlich langen Krankengeschichte. dpa

(*Süddeutsche Zeitung,* 11.10.1990)

Psychokongreß hat volles Haus

Etwa zwei Prozent der Bevölkerung haben zumindest vorübergehend Psychosen.

Aber weniger als die Hälfte komme in ärztliche Behandlung, hieß es bei der gestrigen Eröffnung des 8. Internationalen Kongresses für Dynamische Psychiatrie.

An der viertägigen Tagung nehmen etwa 250 Delegationen aus 18 Staaten, darunter größere Gruppen vor allem aus Osteuropa, teil. dpa

(*Volksblatt*, 7./8.10.1990)

Integriertes Konzept zur Behandlung von Psychosen erfolgreich
Familie wird am Heilungsprozeß beteiligt

Auf die Möglichkeit der erfolgreichen Behandlung von Psychosen, insbesondere der Schizophrenie und der endogenen Depressionen, haben jetzt internationale Psychiater auf einem Psychotherapiekongreß in Berlin aufmerksam gemacht.

Wie aus einer »Effizienzstudie« der Münchener Klinik Menterschwaige hervorgeht, konnte dort mit einem integrierten Konzept die Lebenssituation von etwa 85 Prozent der Patienten zum Teil deutlich verbessert werden.

Beobachtet wurden 50 Klienten über einen Zeitraum von bis zu sechs Jahren, teilte Kongreßsprecherin Ilse Burbiel zum Abschluß der viertägigen Veranstaltung der World Association for Dynamic Psychiatry mit.

Das Konzept umfaßt neben einer möglichst kurzen medikamentösen Behandlung sowohl verbale als auch nonverbale Therapie (Theater- und Maltherapie) und geht nach dem stationären Aufenthalt in eine ambulante Therapie über.

Dabei können die Patienten in einer therapeutischen Wohngemeinschaft langsam von den Betreuern auf die Integration in ein normales Leben vorbereitet werden.

Bei 10 bis 14 Prozent der Patienten — je nach untersuchtem Bereich — verschlechterten sich die Symptome, sagte Frau *Burbiel.* Es handele sich um Therapieabbrecher, um Patienten ohne ambulante Nachbehandlung oder um solche mit einer überdurchschnittlich langen Krankengeschichte.

Psychotiker, die mit ihrem abnormen Verhalten viele Menschen erschrekken, »sind nicht dumm«, wurde betont. Meist sei ihre Psyche nur vorübergehend »auseinandergefallen«, was sich in extremen Gefühlsschwankungen, Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zeige. Es komme darauf an, psychotisch Erkrankte »gegen viele Vorurteile« aus ihrer Isolierung herauszuholen. Die moderne Psychiatrie versuche daher, die übrige Familie mit einzubeziehen und sie zu einem »wohlwollend-neutralen Bundesgenossen« für die

Therapie zu machen, wie Kongreßleiter *Günter Ammon* es ausdrückte.

An dem Kongreß »Psychotherapie der Psychosen« nahmen 250 Ärzte aus 18 Staaten teil, darunter größere Delegationen aus den USA, der UdSSR, Israel, Polen und Ungarn. lbn

(*Volksblatt,* 11.10.1990)

Dynamische Psychiatrie:
Endogene Psychose — so läßt sich das »Loch im Ich stopfen«

Berlin (Nic). Endogene Psychosen entstehen zum Teil schon im Säuglingsalter durch fehlgelaufene Entwicklungsprozesse und nicht durch Störungen etwa des Neurotransmitter-Systems oder durch allgemein metabolische Fehlfunktionen.

Dann ist kein beständiger Klinikaufenhalt mit somatischer Behandlung und massivem Psychopharmaka-Einsatz erforderlich. Statt dessen sollte eine spezielle Psychoanalyse und Psychotherapie erfolgen, in der Entwicklungsprozesse nachgeholt oder in ihrem Erleben nachträglich verändert werden können. Rückzugstendenzen und Vernichtungsängste werden langsam durch Einzelgesprächs- und Gruppeninteraktionen aufgearbeitet und abgebaut.

Das ist die Auffassung der Vertreter der Dynamischen Psychiatrie, die unter Leitung von Dr. *Günter Ammon* in Berlin getagt haben.

Rund zwei Prozent der Bevölkerung Deutschlands erleiden mindestens einmal in ihrem Leben eine behandlungsbedürftige endogene Psychose. Mit 1,5 Prozent hat die Schizophrenie den Hauptanteil an den endogenen Psychosen. *Ammon* forderte einen Paradigmenwechsel, also einen grundlegenden Wandel des Wissenschafts- und Menschenverständnisses in der Psychiatrie und Psychoanalyse. Insbesondere plädierte er für den Abbau psychiatrischer Großkliniken und für die Errichtung von 100-Betten-Kliniken. Die Psychiatrie müsse lernen, so *Ammon,* vom Symptomdenken zum Strukturdenken zu gelangen — nicht Einzelsymptome der endogenen Psychose zu betrachten, sondern ein ganzheitliches Denken von der Entwicklung des Menschen zu gewinnen. Die Persönlichkeit dürfe nicht durch Psychopharmaka abgestumpft werden. Es gelte vielmehr, psychotisches Erleben zu verstehen.

(*Ärzte-Zeitung,* Nr. 191, 10.10.1990)

Dynamische Psychiatrie/Theorie eines UdSSR-Forschers:
Ursache von Panik, Angst und Depressionen ist »Suchverzicht«

Berlin (Nic). Nicht das Ausmaß von Angst, das heißt der Grad emotionaler Anspannung, beeinflußt das Verhalten und die körperliche Widerstandsfähigkeit des Menschen, sondern die Qualität der Angst.

Dies hat Professor Dr. *Vadim Rotenberg* vom I. Medizinischen Institut des Gesundheitsministeriums Moskau auf dem 8. Weltkongreß der Weltvereinigung für Dynamische Psychiatrie in Berlin betont.

Die Verfechter der dynamischen Psychiatrie-Schule unterscheiden zwischen konstruktiver und destruktiver Angst. *Rotenberg* erweitert diesen Denkansatz auf Begriffe von »Suchaktivität« und »Suchverzicht«. Suchaktivität beinhaltet, eine Situation durch Planung zu ändern, sie gedanklich durchzuspielen und unterschiedliche Handlungswege zu überdenken.

Das ermögliche kontrolliertes Handeln, so der sowjetische Wissenschaftler. Anders dagegen sei die Situation bei neurotischer Angst und Panik. Sie führten zu unangemessenen, destruktiven und ineffektiven Verhaltensweisen, oft geprägt durch Verdrängung, die keine stukturierende Suchaktivität mehr erlaubten. Dies münde erfahrungsgemäß in die Depression.

Das Suchverhalten ist nach Einschätzung *Rotenbergs* gepaart mit einer Aktivierung des Katecholamin-Systems. In normalen Angstsituationen werden nötige Mengen von Katecholaminen produziert. Streß erzeugt also erhöhte Norepinephrin-Raten. Der Katecholamin-Mehrverbrauch beim Streß wird dabei stets ausgeglichen. Ein Absinken der Suchaktivität in Folge starken Dauerstresses führt dagegen zu unzureichender Katecholamin-Synthese und bedingt dadurch einen verstärkten Suchverzicht. Dieses verursacht zunehmend depressive Verhaltensmuster. Umgekehrt ist ein Übermaß an Katecholamin-Synthese Wegbereiter für Panikverhalten.

Panik, Angst und Depression sind laut *Rotenberg* also über unterschiedliche biochemische Prozesse im Gehirn letztlich durch Suchverzicht verursacht. *Rotenberg* rät therapeutisch zur Kombination trizyklischer Antidepressiva mit Tranquilizern, gepaart mit individuell zugeschnittener Psychotherapie.

(*Ärzte-Zeitung*, Nr. 191, 10.10.1990)

»Psychose mit Psychotherapie behandeln«

Rund 1,5 Millionen Menschen aus der Gesamtbevölkerung Deutschlands entwickeln irgendwann in ihrem Leben eine behandlungsbedürftige psychische Störung, eine Psychose. Allein in Berlin leben rund 68 000 Psychotiker, davon 41 000 Schizophrene, von denen knapp die Hälfte niemals in fachliche Behandlung gekommen ist.

Diese Zahlen nannte Diplompsychologin Dr. *Ilse Burbiel* aus München anläßlich des gestern begonnenen 8. Weltkongresses der Vereinigung für Dynamische Psychiatrie (WADP) in Berlin. Der Kongreß zur »Psychotherapie der Psychosen« wird von rund 300 Fachleuten besucht.

Im Gegensatz zu den Vertretern der auf die medikamentöse Behandlung der Krankheitssymptome ausgerichteten Schule, gehen die Verfechter der Dynamischen Psychiatrie davon aus, daß eine Psychose eine Identitätskrise ist und

möglichst ohne Psychopharmaka durch Psychotherapien behandelt werden sollte.

Barbara Nickolaus
(Berliner Morgenpost, 6.10.1990)

Mangelnde Elternliebe kann zu Psychosen führen

Die Weichen für psychische Erkrankungen werden früh gestellt. Erfährt ein Kind in der Familie als wichtigster Bezugsgruppe mangelnde emotionale Zuwendung, so können später schwerwiegende Probleme auftreten. Es kann zur Ausprägung einer psychotischen Persönlichkeit und dem offenen Ausbruch einer Psychose kommen, sobald eine gefühlsmäßige Belastung wie Examen, Heirat, Schwangerschaft oder Mißerfolge im Beruf auftritt.
Diese Erkenntnisse wurden gestern in Berlin beim zu Ende gegangenen 8. Weltkongreß der Vereinigung für Dynamische Psychiatrie (WADP) vorgestellt. Der Kongreß wurde von 250 Fachvertretern aus achtzehn Ländern — insbesondere aus den USA und der UdSSR — besucht. Ziel war ein Erfahrungsaustausch über das Wesen und die Behandelbarkeit von Psychosen. Hierzu zählen die Depression und die Schizphrenie. An diesen Erkrankungen leiden etwa zwei Prozent der Gesamtbevölkerung.

Die Dynamische Psychiatrie plädierte für einen Denkwandel. Denn: Das Dogma der Nichtverstehbarkeit der Psychosen und der kaum wirksamen Behandelbarkeit gehöre der Vergangenheit an. In einer Münchener psychiatrischen Klinik seien von 65 Prozent schizophrenen und 35 Prozent depressiven Patienten, die hier behandelt wurden, nur bei zehn bis 14 Prozent kein Therapieerfolg erreicht worden.

Barbara Nickolaus
(Berliner Morgenpost, 9.10.1990)

Jeden von uns erwischt es mal: Das Loch im Ich.
Wissenschaftler diskutieren in Berlin über Psychosen und wie man damit fertig werden kann

Von Evelyn Köhler

Jeder Mensch gerät — laut Statistik — einmal im Leben in die Situation, daß er total »ausrastet«. Wenn sich seine Lebensumstände durch ein einschneidendes Ereignis plötzlich verändern, kann es zu einer psychotische Erkrankung kommen.
Um das Thema »Psychosen« dreht sich ein wissenschaftlicher Kongreß, der in der Hochschule der Künste unter Leitung von Dr. *Günter Ammon* tagt.

Psychologin Dr. *Ilse Burbiel:* »Selbst eine Heirat oder eine Schwangerschaft

können eine Psychose auslösen. Die Betroffenen bekommen plötzlich Depressionen, wollen weglaufen, sich das Leben nehmen, obwohl doch alles um sie herum so positiv erscheint. Dahinter steht eine tiefe Lebensangst.«

Die Diplom-Psychologin: »Die Psychose ist das Loch im Ich. Dieser Zustand ist immer verbunden mit Realitätsverlust. Der, der darunter leidet, versperrt sich dem normalen Kontakt, weil er sich bedroht und vereinnahmt fühlt. Darunter leiden bei ihm Wahrnehmung, Gefühle, die Aufmerksamkeit und die ganze Beziehung zu sich selbst und seiner Umwelt. Das alles bestimmende Gefühl ist die Angst.«

Was können Angehörige in so einer Situation für den Kranken tun?

Dr. *Burbiel:* »Liebevoll auf den Kranken eingehen, sich so verhalten, als ob man ein verängstigtes Kind beruhigen müßte. Wer mit Vorwürfen kommt oder über den Zustand diskutieren will, erreicht das Gegenteil — der Kranke fühlt sich in die Ecke gedrängt, wird aggressiv, ist nicht mehr ansprechbar.«

Die meisten leichten Psychosen gehen mit der Zeit vorüber, jedoch zwei Prozent der Gesamtbevölkerung erkranken so schwer, daß sie in fachärztliche Behandlung müssen.

In Berlin gibt es rund 68 000 Männer und Frauen, die wegen Psychosen behandelt werden.

Die Psychologin: »Psychosen, die nicht mit einem persönlichen Schicksalsschlag beginnen, haben ihre Ursachen in Kindheitserlebnissen. Verbote und das Gefühl, verlassen zu werden, isoliert zu sein, sind verantwortlich für die Störung.

Kinder, die viel Zuwendung und Aufmerksamkeit bekommen haben, sind weniger anfällig.

Durch eine Analyse werden diese Ursachen aufgedeckt und mit dem Kranken besprochen. In den meisten Fällen gibt es Heilung.«

(*BZ*, 6.10.1990)

Bei vielen Menschen beeinflußt sie das ganze Leben:
Angst, die ich besiegen kann.
Was hinter der Furcht vor Schlangen, Spinnen, dem Fahrstuhl oder vor dem Fliegen steckt

Von Evelyn Köhler

Die übersteigerte Angst vor Schlangen, Spinen, Mäusen, dem Fahrstuhl oder dem Fliegen ist für viele Menschen seine Qual, die ihr ganzes Leben negativ beeinflußt:

Diese übertriebenen Ängste — von Medizinern als Phobien bezeichnet — können Ohnmachstanfälle, Herz- und Kreislauf-Attacken auslösen und die ganze Gefühlswelt durcheinander bringen. Doch man kann die Angst besiegen.

Diplom-Psychologin Dr. *Ilse Burbiel* sagte auf dem Weltkongreß der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in der Hochschule der Künste: »In Gesprächen zwischen Psychotherapeuten und dem Angst-Kranken wird das Erlebnis aufgedeckt, das die Phobie auslöste. Der Patient befragt unter Anleitung sein Unterbewußtsein und erlebt das Ereignis noch mal, das ihn später krank machte. Der Therapeut hakt nach, korrigiert und bespricht die Situation.

Die meisten Phobien haben ihre Ursachen in nicht bewußten Kindheitserlebnissen. Das kann die Furcht vor einer überstarken Mutter oder die verbotene Liebe zum Vater sein.«

Ein Manager mit Flugangst, der wegen seiner Phobie fast den Job riskierte, stellt in der Therapie selbst fest, daß er Furcht vor einer überstarken Mutter hat. In Situationen, in denen er nicht entfliehen kann, fühlt er sich von ihr erdrückt.

Eine Frau, die eine Schlangen-Phobie hatte, verlor die Furcht, als sie die Ursache erkannte: Unerlaubte sexuelle Wünsche dem Vater gegenüber, die sie als Kind hatte.

Einem Mann der unter Fahrstuhl-Angst litt, wurde in der Therapie bewußt, daß dahinter Kontaktangst steckte sowie die Furcht vor körperlichen Berührungen.

Analytikerin *Maria Berger:* »Am häufigsten ist die Platzangst. In vielen Fällen steht dahinter die Vorstellung, in der Menge ohnmächtig zu werden, hinzufallen und von Fremden berührt oder sexuell belästigt zu werden.«

Viele Frauen leiden unter der Krebs-Phobie. Sie gehen zu immer neuen Ärzten, machen immer neue Tests.

Maria Berger: »Zum Schluß können sie an nichts anderes mehr denken als an Krebs. Das ganze Leben ist von dieser Furcht bestimmt. Freude, Entspannung, Glück wird verdrängt. Bei diesen Patienten liegen meist Lebensangst und Depressionen vor.«

(*BZ,* 8.10.1990)

Notwendiger Wandel in der Psychiatrie

Berlin (ha)

Kontroverse Diskussion zur Therapie von Psychosen führen Wissenschaftler aus über 20 Ländern seit gestern auf dem 8. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie, der bis Montag in Berlin stattfindet.

Anliegen des Treffens ist es, die Wirksamkeit herkömmlicher Therapiemethoden zu debattieren sowie einen grundlegenden Wandel im Wissenschafts- und Menschenverständnis in der Psychiatrie und in der Psychoanalyse zu forcieren.

(*Der Morgen,* 6./7.10.1990)

Ankündigungen / Announcements

Konferenz »Humanistische Medizin« 1990
Thema: Den ganzen Menschen heilen
Veranstalter: Zentrum für Individual- und Sozialtherapie e.V., D-8122 Penzberg
Ort: Kongreßzentrum Garmisch-Partenkirchen
Zeit: 25. — 28. Oktober 1990
Information: Humanistische Medizin, Reichert Organisation, Aichstraße 63, D-8125 Oberhausen, Tel. (0 88 02) 12 50

Arbeitstagung 1990
Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V.
Thema: Abschiedlich leben
Ort: Lindau am Bodensee
Zeit: 29. Oktober — 2. November 1990
Information: Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V., Postfach 1147, 7310 Plochingen

Fachkonferenz Sucht '90
Thema: Drogenpolitik und Drogenhilfe
Veranstalter: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)
Ort: Stadthalle Osnabrück
Zeit: 5. — 8. November 1990
Information: Frau Edit Göcke, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), Westring 2, Postfach 1369, D-4700 Hamm 1, Tel. (02381) 2 58 55

X. Herbst-Symposium für ärztliche Hypnose und Hypnoseanalyse 1990
Thema: 10 Jahre Symposien im Rahmen der Europäischen Akademie für ärztliche Fortbildung in Hypnose
Veranstalter: European Academy of Medical Hypnosis EAMH
Ort: Bick-Krankenhaus Dahn
Zeit: 16. — 18. November 1990
Information: Bick-Krankenhaus, D-6783 Dahn, Tel. (06391) 8 71-3

Workshop der Life Transition Therapy Inc München und Kopenhagen
Thema: Healing the Pain
Veranstalter: Life Transition Therapy Inc
Ort: München
Zeit: 17. — 18. November 1990
Ort: Kopenhagen
Zeit: 24. — 25. November 1990
Information: München: Gabriele Gries-Huffener, Tel. (089) 1 29 61 12; Kopenhagen: Liese Jorgensen, Tel. (33) 32 43 93

Serotonin-Symposium 1990 München
Thema: Serotonin — ein funktioneller Ansatz für Diagnose und Therapie
Veranstalter: Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität München
Ort: Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität München, Nußbaumstraße 7, D-8000 München 2
Zeit: 8. Dezember 1990
Information: Prof. Dr. med. Hans Hippius, Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität Müchen, Nußbaumstraße 7, D-8000 München 2, Tel. (089) 51 60 - 33 00

12. Symposium »Arzt und Krankengymnastik« 1991
Veranstalter: Verein für Medizinische Früh-Rehabilitation e.V.
Ort: Bad Iburg
Zeit: 26. — 27. Januar 1991
Information: Tagungsbüro, Herr Köhne, Tel. (0 54 03) 4 04 21

4. Symposium »Persönlichkeitsdiagnostik des Kindes und des Jugendlichen«
Zeit: 25. — 28. Februar 1991
Information: Dr. Wolfram Zimmermann, Breitscheidstraße 41
O-1280 Bernau

Internationaler Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1991
Thema: Störung der kindlichen Entwicklung
Kongreßleitung: Prof. Dr. med. F. Poustka, Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Frankfurt/Main, Deutschordenstr. 50, D-6000 Frankfurt/M. 71, Tel. (069) 63 01 54 08
Ort: Kurtheater und Maritim Kurhaushotel in Bad Homburg
Zeit: 1. — 4. Mai 1991
Information: Internationaler Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Congress Project Management GmbH,
Letzter Hasenpfad, D-6000 Frankfurt/M. 70, Tel. (069) 61 04 74

Supervisionskongreß Kassel 1991
Thema: Das Thema und seine Entwicklung im Supervisionsprozeß
Veranstalter: Gesamthochschule Kassel — Universität, FB 04/Studiengang Supervision
Ort: Gesamthochschule Kassel — Universität
Zeit: 9. — 11. Mai 1991
Information: Frau S. Liebendahl, A.-Bode-Str. 10, D-3500 Kassel, Studiengang Supervision, Tel. (0561) 29 51

24. Internationales Trainingsseminar für Gruppendynamik der ÖAGG Alpbach 1991
Veranstalter: Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik ÖAGG
Ort: Alpbach/Tirol
Zeit: 25. — 30. Mai 1991
Information: ÖAGG — Alpbach Sekretariat, Alfred Frank, Heiligenstädter Straße 7/8, A-1190 Wien, Tel. (02 22) 3 11 70 62
Anmeldeschluß: 22. März 1991

9. Kongreß des »Gesamtverbandes Deutscher Nervenärzte« 1991
Thema: Anfallskrankheiten aus interdisziplinärer Sicht
Veranstalter: Gesamtverband Deutscher Nervenärzte
Ort: Kongreßzentrum Würzburg
Zeit: 30. Mai — 1. Juni 1991
Information: Prof. Dr. G. Nissen, Klinik für Kinder- und Jugendspychiatrie der Universität Würzburg, Füchsleinstr. 15, D-8700 Würzburg,
Tel. (09 31) 20 33 09, Telefax (09 31) 20 33 04

Second European Congress of Psychology
Leading Topic: Cultural Diversity and Integration as a Topic and/or a Process in Psychology
Place: Budapest, Hungary
Time: July 8 — 12, 1991
Information: Second European Congresses of Psychology, National Scientific Organizing Committee, Budapest, P.P.Box 4, H-1378 Hungary,
Telefax: (36)-(1)-118-5699

Die *Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.* bittet um Unterstützung in Form von Mitgliedschaft, Spenden und aktiver Mitarbeit. Sie wendet sich an Angehörige von Alzheimerkranken und an diejenigen, die beruflich mit Demenzkranken oder deren pflegenden Angehörigen in Kontakt kommen.
Informationen, auch über Vortragsveranstaltungen:
Gabriele Soller (Dipl. Psych.)
Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.
c/o SEKIS
Albrecht-Achilles Straße 65
1000 Berlin 31, Tel. 030 / 8 91 60 96

Im nächsten Heft erscheint. . .

Rolf Schmidts/Bernhard Richarz/Ulrike Schanné München):
Die stationäre Milieutherapie im erweiterten Feld als integrative Behandlungsmethode der Dynamischen Psychiatrie

J.J. Tupizin (Leningrad)
Die modernen Tendenzen in der Organisation der spezialisierten Hilfe für die Kranken mit Grenzzuständen in der Sowjetunion

György Koczan (Pécs)
The Resonance Theory. A Possible Explanation of the Transmission of Social Energy

Sándor Fekete/Gábor Kelemen (Pécs)
Die ethischen Aspekte der Psychotherapie bei Patienten mit Borderline-Syndrom

Heinrich Huebschmann (Heidelberg)
Erkranken als Überschreiten von Grenzen

J. Varga/G. Kózán/K. Oszváth (Pécs)
Sociophysiological Approach of Group Psychotherapy with Patients Suffering of Personality Disorder

Ingo Gemmer (Düsseldorf)
Gruppendynamische Initiationspsychodiagnostik. Ein Modell psychologischen Diagnostizierens in der Gruppe

Gertraud Reitz (München)
Der therapeutische Prozeß eines Borderline-Patienten im Feld von Gruppen- und Tanztherapie

Beata Temesváry (Széged)
Das Borderline-Syndrom als Risikofaktor bei der Suizidalität

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Goethestraße 54, 8000 München 2, Tel. (0 89) 53 96 74.
Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals):
Dr. med. Günter Ammon, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychotherapie, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (20%)
Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15.
Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, 3400 Göttingen.
Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil).
Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. phil. Helmut Volger, Ludwigkirchstraße 2, 1000 Berlin 15
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40; Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, 8000 München 40.
Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40 (verantwortlich).
Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15.
Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15.
Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Berger, Dipl. Soz. Jürgen Blechschmidt, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dipl. Psych. Daniel Hermelink, Dipl. Psych. Gerhard Menzel, Dipl. Psych. Volker Peschke, Dr. med. Bernhard Richarz, Dr. med. Ulrike Schanné, Dr. med. Rolf Schmidts, Margit Schmolke, Prof. Dr. Duane Sherwin, Dipl. Psych. Astrid Thome, Dr. phil. Barbara Töpper, Dr. phil. Helmut Volger, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Manuskripte werden in allen Sprachen in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in deutsch oder englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.

In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.

Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an die »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 96,— (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Studenten und Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 75,— (zzgl. Porto). Studenten DM 48,— (zzgl. Porto). Einzelheft DM 18,—. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf das folgende Konto: Commerzbank München (BLZ 700 400 41) Kto.-Nr. 225 295 500.

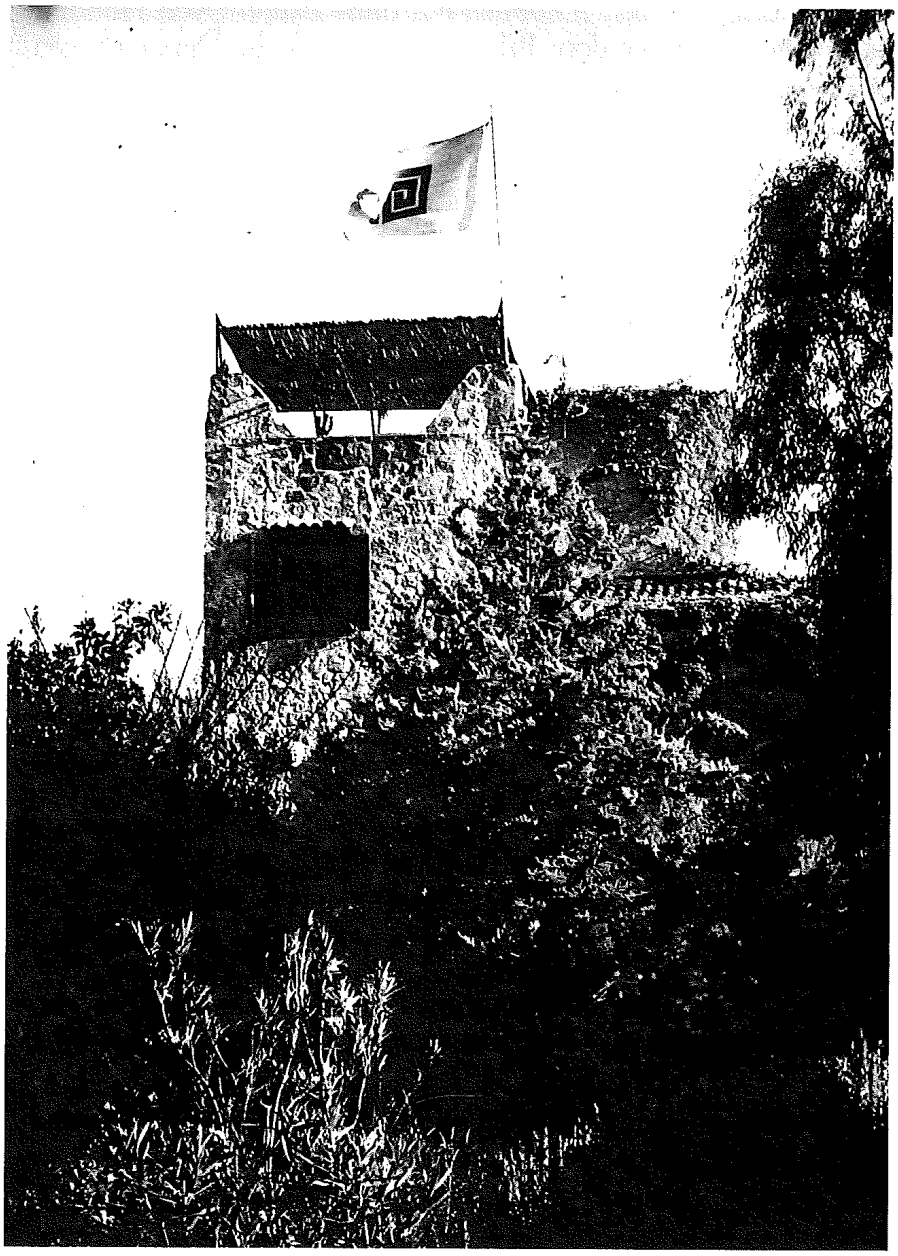
The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 5 voucher copies ot the journal.

Generally, only unpublished manuscripts will be accepted. Articles published in this journal may not appear in any other publication.

With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel» Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher. We do not undertake any liability for manuscipts, photos etc. which were not asked for by us.

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ 48,— per individual copy $ 9,—. Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Commerzbank München (BLZ 700 400 41) Kto.-Nr. 225 295 500

Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Goethestraße 54, 8000 München 2



80. Gruppen-dynamische Klausurtagung
im Tagungszentrum der DAP
in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
mit
Selbsterfahrung
Vorträgen
Tanz und Meditation
Tempelführung
Ausflug nach Capri

22. Dezember 1990 bis 1. Januar 1991

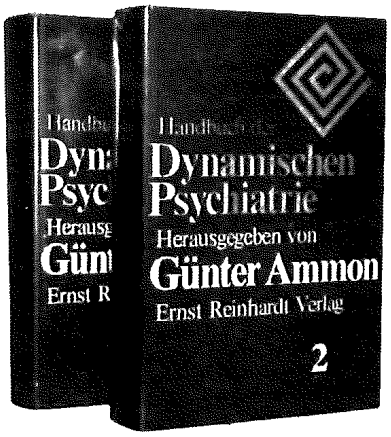
Gesamtleitung: Dr. med. Günter Ammon

Auskunft und Anmeldung:
Lehr- und Forschungsinstitute der
Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Telefon (0 30) 881 80 59 / 881 80 50
Goethestraße 54, 8000 München 2, Telefon (0 89) 53 96 74 / 75

Handbuch der Dynamischen Psychiatrie

Günter Ammon (Hrsg.)

unter Mitarbeit der Professores Rothschild (Jerusalem), Rotenberg (Moskau), Chertok (Paris), Radermacher (Frankfurt), Kretschmer (Tübingen), Mahlendorf (Santa Barbara), Wolman (New York), Sherozia (Tbilisi) und Psychiatern und Psychologen der Berliner Schule um Ammon



»Als Dynamische Psychiatrie basiert sie auf dem Prinzip der Sozialenergie, das allen Bezügen zur Umwelt und Mitwelt, zur Arbeit wie zur Erotik systematisch nachgeht und den Menschen in seiner Ganzheit wie seinen Beziehungen in der Gruppe zu betrachten und zu behandeln sucht.
Das Konzept besticht durch seinen integrativen Charakter, der alle Bereiche der Lebenswelt umgreift und mit seinem therapeutischen Optimismus über die seelischen Störungen hinaus einer den ganzen Menschen umfassenden Heilkultur vorzuarbeiten trachtet.
Prof. H. Schipperges (Heidelberg)

Dieses Handbuch der DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE mit Beiträgen von mehr als 30 Wissenschaftlern aus dem In- und Ausland vermittelt einen umfassenden Überblick über die Wissenschaftstheorie, Forschungsmethodik und Theoriebildung der Dynamischen Psychiatrie und ihrer Behandlungsmethodik. Aus dem humanistischen Prinzip eines ganzheitlichen und gruppendynamischen Denkens heraus entfaltet sich die Dynamische Psychiatrie methodenintegrativ in einem ständig wechselseitigen Bezug von Praxis und Theorie.

Aus dem Inhalt:

Band I: Definition, Geschichte und grundlegende Entwicklungen theoretischer Konzeptionen wie das Ich-Struktur-Modell, Identität und Unbewußtes, das gruppendynamische und sozialenergetische Prinzip, die Spektraltheorie, die großen psychischen Krankheitsbilder – wie Borderline-Syndrom, Schizophrenie, Sucht, Drogen, Zwang – und deren Behandlung, Gruppenpsychotherapie, Milieutherapie, Jugendlichentherapie, Prävention, Tod und Identität, gesellschaftliche Dimensionen u. a.
1979, 927 Seiten, 78 Abb., DM 98,–, ISBN 3-497-00864-8

Band II: Das Prinzip der Sozialenergie und der Methodenintegration, neueste Ergebnisse aus der Hirnforschung und deren Beziehung zur Humanstrukturlehre der Dynamischen Psychiatrie und zu Problemen des Unbewußten. Die Einstellungslehre von Uznadze. Schizophrenie- und Anorexia Nervosa-Forschung, Behandlungsmethodik und Widerstand, wissenschaftstheoretische Grundlagen, Forschungsmethodik und Ergebnisse dynamisch-psychiatrischer Forschung, Arbeit und Tätigsein, Kreativität u. a.
1982, 919 Seiten, 92 Abb., DM 148,– ISBN 3-497-01004-0

Ernst Reinhardt Verlag München/Basel

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

22. Jahrgang 1989

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH

Inhaltsverzeichnis und Sach- und Namensindex wurden zusammengestellt von Dr. phil. Helmut Volger und Anna Volger

Inhalt/Contents

Günter Ammon (Berlin/München)
Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976 1
The Borderline-Syndrome — A Humanstructural Illness. On the Further Development of the Results of the DAP-Symposium 1976 13

Günter Ammon (Berlin/München)
Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl 307
Society, Culture and Sense of Guilt 316

Günter Ammon (Berlin/München)
Würdigung des Lebens und Werkens von Friedrich S. Rotschild zu Ehren seines 90. Geburtstages 186

Günter Ammon/Ulrich Köppen/Gudrun Stein/Astrid Thome/Winfried Tiedge (Berlin/München)
Schlafuntersuchungen mit Borderline-Patienten im Vergleich zu Gruppen von Patienten mit Depression, Schizophrenie und Psychosomatik 253
Sleep Researches with Borderline Patients compared with Groups of Patients with Depression, Schizophrenia and Psychosomatic Illness 273

Heinz C. Berendt (Jerusalem)
Parapsychologie vom Standpunkt der Biosemiotik 213
Parapsychology from the Point of View of Biosemiotics 222

Werner Billeter/Hedwig Billeter (Rickenbach/Schweiz)
Zur Psychosomatik des Borderline-Syndroms 394
On the Psychosomatics of the Borderline-Syndrome 404

Béla Buda (Budapest)
Practical Advantages and Theoretical Problems of the Concept of the Borderline-Syndrome 371
Praktischer Nutzen und theoretische Probleme des Konzeptes des Borderline-Syndroms 377

Gabriele von Bülow (Berlin)
Die Biosemiotik Friedrich S. Rothschilds in der Tradition der Signaturenlehre Jakob Böhmes 224
The Biosemiotics of Friedrich S. Rothschild in the Tradition of the Science of Signature of Jakob Böhme 232

Ilse Burbiel/Egon Fabian/Christa Emmert/Gerhard Wolfrum (München)
Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige 343
Psychological Efficiency Research of the Therapy of Hospitalized Borderline-Patients of the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige 363

Edward J. Dehné (Carson City)
International Disability Insurance: USA Entry in Health for All Practice 381
Das ganzheitliche Konzept der Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Behinderungen in der internationalen Sozialversicherung für Behinderte: Der Einstieg der USA in die Praxis der »Gesundheit für Alle« 391

Ingo Gemmer (Düsseldorf)
Über den Zusammenhang von Sozialenergie, Lernen und Identitätsentwicklung am Beispiel der sog. Lernbehinderung. Eine empirische Grundlagenstudie über psychische Erkrankung als Hintergrund schwerer Lernstörungen 74
About the Connection of Social Energy, Learning and Development of Identity, shown by Cases of Learning-Handicaps. An Empiric Basis Research about Psychic Illness as Background to Understand Learning Disturbances 101

Jozef Ph. Hes (Tel Aviv)
Einführung in die Biosemiotik 207
Introduction to Biosemiotics 211

Thomas Hessel (München)
Beurteilung der Schuldfähigkeit in Strafprozessen anhand des Borderline-Konzeptes von Günter Ammon 330
Assessment of Guilt Capability in Criminal Processes based upon the Borderline-Concept of Günter Ammon 341

Hanna Jaklewicz (Gdansk)
Do the Children Show any Symptoms Predicting the Borderline-Syndrome? 367
Zeigen die Kinder Symptome, die als Vorboten der Borderline-Erkrankung zu verstehen sind? 369

Modest M. Kabanov (Leningrad)
Der menschliche Faktor in der medizinischen Praxis 234
The Human Faktor in Medical Practice 241

Györgyi Körmendy (Miskolc)
Fokale Kurztherapie bei einem psychosomatisch erkrankten Kind — Kasuistik 59
Focal Short-Term Therapy with a Psychosomatic Child — a Case Study 70

Antonio Lambertino (Parma)
Pathologie des Gewissens 320
Pathology of the Conscience 327

Swetlana Lourié (Moskau)
Zum Problem der Entwicklung des ethischen Bewußtseins 31
About the Problem in the Development of Ethical Consciousness 35

Jules H. Masserman (Chicago)
Evolutionary Reintegrations of Psychiatric Diagnoses and Therapies 16
Evolutionäre Reintegration psychiatrischer Diagnosen und Therapien 19

Julia Nekrasova (Moskau)
Wiederherstellung einer gestörten Kommunikation (am Beispiel einer Logoneurose) 37
Repair of Disturbed Communication in Logoneurosis 48

Luciano Rispoli (Neapel)
Schizophrenia and Concepts of Split in the Corporal Self in a Clinical Model of Body-Character Psychotherapy 104
Schizophrenie und Spaltung im Körper-Selbst in einem klinischen Modell charakteranalytischer Körpertherapie 110

Friedrich S. Rothschild (Jerusalem)
Die Biosemiotik des menschlichen Gehirns 191
The Biosemiotics of Human Brain 204

Oskar Sahlberg (Berlin)
Köperliche und spirituelle Erfahrung bei der Heilung früher Störungen 243
Physical and Spiritual Experience in the Healing of Early Disturbances 251

Jochak Shapira (Nathanya)
Die jüdische Einstellung zu den physiologischen und pathologischen Bedürfnissen des Menschen 111
The Jewisch Attitude towards the Physiological and Psychological Needs of Man 123

Charles L. Sheridan (Kansas City)
Technological versus Psychodynamic Treatment of Impaired Stress Management 51
Technologische versus psychodynamische Behandlung von beeinträchtigtem Umgang mit Streß 56

Adam Szymusik, Maria Orwid, Andrzej Piotrowski (Krakau/Warschau)
Sociocultural Determinants of Identity Formation in Young People 125
Soziokulturelle Bedingungen für die Identitätsentwicklung junger Menschen 128

Benjamin Wolman (New York)
The Protoconscious 22
Das Proto-Bewußtsein 27

Allgemeine Rubriken / General Topics

1. *Bücher- und Zeitschriftenspiegel / Book and Journal Review*

Wolfgang Böker/Hans D. Brenner: Schizophrenie als systemische Störung — Die Bedeutung intermediärer Prozesse für Theorie und Therapie (Egon Fabian) 412
Klaus Ernst: Praktische Klinikpsychiatrie (Bernhard Richarz) 411
Ludwig Janus: Vorgeburtliche Lebenszeit und Geburtserleben. Ein verborgenes Basisthema der Psychoanalyse (Oskar Sahlberg) 134
John E. Mack/Rita S. Rogers: The Alchemy of Survival: One Women's Journey (Barbara Töpper) 407
Helmut Remschmidt/Martin H. Schmidt (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. II (Rita Primbas/Monika Dworschak) 414
Bernhard Richarz: Heilen, pflegen, töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus (Bernhard Küchenhoff) 137
Volker Roder/Hans D. Brenner et al.: Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (ITP) (Ulrike Schanné) 139
Eckart Rüther: Wirkungsverlauf der neuroleptischen Therapie (Michaela Scheidhacker) 140
David J. Weeks/Kate Ward: Eccentric. The Scientific Investigation (Gerhard Menzel) 131

2. *Eingetroffene Bücher / Books Received* 276

3. *Nachrichten aus der WADP / News from the WADP*

a) Verleihung der Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) an Dr. Edward J. Dehné (Carson City) 167
b) Aus der wissenschaftlichen Korrespondenz der WADP
Brief von Dr. Dehné an Dr. Ammon 172
Brief von Dr. Erdreich an Dr. Ammon 172
Brief von Frau Koch (DPWV Bayern) an Dr. Ammon 173
Brief von Dr. Moschke an Dr. Ammon 174
c) »Reiseführer durch das Märchenland« — eine Zusammenfassung einer Sendung des Dritten Programms des Polnischen Rundfunks vom 21.8.1987 (Hanna Lizewska, Dr. Andrzej Guzek) 174
f) »Pinel«-Verlag auf der Frankfurter Buchmesse vom 11.-16.10.1989 294
g) Honorary Election of Dr. Edward J. Dehné as »Founder Diplomate« to the American Board of Professional Disability Consultants (ABPOC) 297
h) Great Scientific Honours for Professor Dr. Jai B.P. Sinha 297
i) Dokumentation zur Einstellung des Strafverfahrens gegen Dr. med. Günter Ammon und Dipl. Psych. Ilse Burbiel 416
j) Presseartikel zur Einstellung des Verfahrens (Süddeutsche Zeitung, Raum und Zeit) 417
k) Die ersten russischen Austauschwissenschaftler in der Klinik Menterschwaige (Maria Berger) 422

l) Bericht von einer Studienreise in die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige (Sandor Fekete) 425

4. *Nachrichten / News*

a) Aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim 177
b) Wissenschaftliche Kooperation mit Israel soll verstärkt werden (Tagesspiegel Berlin) 178
c) Wiederberufung von Prof. Dr. Dr. Häfner in das WHO Expert Advisory Panel on Mental Health 297
d) Preisausschreiben des Balint Documentation Centre für Mediznstudenten 298
e) Aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim 428

5. *Kongresse, Symposien und Arbeitstagungen / Congresses, Symposia and Workshops*

a) Bericht über den 7. Weltkongreß der WADP/XX. Internationales Symposium der DAP vom 17.-21.3.1989 in Berlin (Daniel Hermelink, Gerhard Menzel, Helmut Volger) 142
b) Der 7. Weltkongreß im Spiegel der Presse 154
c) V. Internationales Psychotherapie-Symposium in Polen — Teilnahme von Dr. Ammon mit einer Delegation aufgrund einer Einladung der Universität Gdansk (Danzig) vom 5.—7.5.1989 (Margit Schmolke, Ilse Burbiel) 168
d) Symposium zu Ehren des 90. Geburtstages von Professor Dr. med. Friedrich S. Rothschild am 24.6.1989 im Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) (Gabriele von Bülow) 279
e) Presseartikel zum Symposium für Professor Rothschild am 24.6.1989 (Volksblatt Berlin) 281
f) Sigmund Freud 1856—1939. Gedenkfeier zur 50. Wiederkehr des Todestages von Sigmund Freud. (Petra Hieber) 290
g) Internationaler Sozialpsychiatrie-Kongreß in Leningrad vom 4.—5.10.1989 (Maria Berger, Ilse Burbiel) 291
h) Kongreß »50 Jahre nach Freud — Jenseits des Schuldgefühls —« vom 4.—6.12.1989 in Parmay (Maria Berger) 420
i) Ankündigungen anderer in- und ausländischer Kongresse und Tagungen .. 179
..... 299
..... 430

Namensindex (Deutscher Text)
Index of Names (German Text)

Adler, A. 7
Aichhorn, A. 12
Akiskal, H.S. 266
Alexander, F. 2
Aleksandrowicz, J. 171
Aleksandrovsky 291
Amercian Board of Professional Disability Consultant ABPDC 297
American Psychiatric Association APA 144
American Psychopathological Association APPA 428
Ammon, G. 1ff., 5, 7, 8, 39, 65, 70, 84, 89, 90, 97, 98, 101, 136, 142, 143, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 186ff., 197, 200, 243, 243, 250, 251, 253ff., 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 265, 269, 279, 280, 289, 291, 292, 293, 294, 307ff., 310, 311, 315, 320, 330, 331, 335, 336, 337, 338, 341, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 351, 357, 363, 377, 378, 379, 380, 394, 395, 396, 397, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 425, 427
Anochin, P.K. 234, 235
Arlow, J. 28
Arshavsky, V.V. 38, 45, 46, 257, 266

Bach, H. 74
Bakan, P. 266, 269, 270
Bakshi, S. 153, 166
Baran, P.A. 311
Beaumont, J.G. 269
Bechterew, W.M. 43, 234, 422
Bechterew-Institut, Leningrad 156, 157, 234, 291, 422
Beland, H. 291
Belinskij 40
Bellak, L. 378
Benedek, J. 12, 74
Benedetti, G. 84, 98, 99, 100
Berendt, H.C. 213, 219, 220, 279, 280
Berner, W. 291
Biefang, S. 344
Biermann, G. 62, 64, 65, 70
Billeter, H. 394ff.
Billeter, W. 394ff., 401
Bilz, R. 245
Binet, A. 62, 85
Birnbaum 2
Bodalev 37
Böhme, J. 229, 230, 280
Böker, W. 412
Bolk 135
Bomba, J. 171
Bongartz, W. 171
von Bracken 85
Bremer, C. 28
Brenner, H.-D. 139, 412
Bresser 335
Buda, B. 144, 166, 377ff., 378, 379, 421
Buddha 249
Bülow, G. von 143, 224ff., 280, 281
Burbiel, I. 70, 157, 168, 289, 291, 294, 343ff., 344, 348, 351, 416, 417, 418, 419, 421, 422

Caretenuto, A. 422
Carleton, J. 291, 293
Carloni, G. 422
Carmi, A. 144
Carpenter, W.T. 4, 347
Cechnicki, A. 421
Chardin, T. de 197
Chertok, L. 399
Churkin, A.A. 291, 293
Ciompi 139
Cleckley 377
Croiset 215
Czabala, C. 171

Dahse 339, 340
Darwin, Ch. 189, 196, 332
Davison 1, 4
Dehné, E.J. 144, 167, 172, 291, 293, 297, 391ff., 392, 393
Descartes, R. 189, 209
Destounis, N. 144
Deter, H.-C. 178
Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) 155, 167
-, Berliner Lehr- und Forschungsinstitut 186, 191, 279
2. Internationales Symposium der -, Paestum 1970 5

19. Internationales Symposium der -, München 1988 59, 74, 111
20. Internationales Symposium der -, Berlin 1989 1, 142, 234, 243, 320, 330, 394
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband DPWV 173
Devapath, A. 244
Digesten 331
Dneprowskaja, S.W. 236
Dubois-Raymond 198
Dubrowski 41
Dummermuth, G. 270
Dwari, A. 244
Dworschak, M. 415
Dynamisch Psychiatrische Klinik Menterschwaige, München 7, 70, 153, 164, 171, 174, 292, 343, 344, 346, 350, 363, 380, 416, 417, 418, 419, 420, 422, 425, 427
Psychologisch-Diagnostische Abteilung der - 168, 343
Schlaf- und Traumlabor der - 253

Eccles, J. 196
Edinger, L. 192
Ehlers, H.-J. 416, 419
Einstein, A. 409
Eliade, M. 249, 250
Emmert, Ch. 343ff.
Endicott 1, 4
Erdreich, M. 173
Erikson, E. 5, 313
Ernst, K. 411, 412

Fabian, E. 343ff., 413
Federn, E. 421
Fekete, S. 427
Fenichel, O. 323
Ferenczi, S. 59, 60, 62
Ferreira, G. 144, 291, 292, 293, 294
Finke, G. 348
Farczek 293
Flury 62
Franckenberg, A. von 229
Freud, S. 7, 28, 134, 157, 159, 161, 166, 190, 191, 193, 213, 218, 250, 270, 289, 291, 307, 308, 310, 311, 315, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 394, 421
Frisch, M. 163
Fromm, E. 189, 192, 208, 281, 421
Fromm-Reichmann, F. 186, 192, 208, 281
Füredi, J. 144, 291, 292
Fürstenau 1, 3

Gabel, S. 270
Gazzaniga, M. 231
Gebser, J. 213, 216, 217
Gedo, J.E. 28
Geller, U. 214
Gemmer, I. 74ff.
Geyer, M. 171
Gibbon 4
Gill, M. 28
Glas, G. 344
Göppinger 335
Görres, A. 421
Goethe, J.W. von 43
Goetzke 83
Goldberg, A. 28
Goldstein, K. 186, 192, 193, 208
Gorbatschow, M. 189, 292, 315
Graber, G.H. 134, 136, 243, 250
Green, A. 42
Grinker 378
Grof, S. 134, 136, 218, 244, 247, 248, 250, 251
Gunderson, J.G. 4, 347
Guzek, A. 174ff.
Guyotat, J. 422

Häfner, H. 177, 297, 344, 428, 429
Hager, W. 344
Harlow, H.F. 98
Harlow, N. 98
Hartmann 5
Hartmann, H. 51, 57, 315
Heer, H. 166
Hegel, F. 229
Heigl, F. 347
Heigl-Evers, A. 347
Heisterkamp, G. 153
Hellmuth, M. 187
Hermann, I. 69
Hermann, J.H. 266
Hermelink, D. 153
Herolden 85
Hes, J.Ph. 207ff.
Hessel, Th. 164, 168, 330ff., 421
Hieber, P. 289, 291
Hoche 2
Höck, K. 348
Höhn 83, 85
Hoff, H. 408
Homburger 186
Horn, H. 85
Hübel, D.H. 220
Hughes, C. 2, 161

Humboldt, A. von 190, 279
Humboldt, W. von 190, 279
Husserl, E. 188

Indian Council of Social Science Research (ICSSR) 297
International Health Society 297

Jablensky, A. 429
Jacobson, R. 51, 57
Jaklewicz, H. 153, 168, 171, 369f.
Janov, A. 244, 245, 250
Jantzen 83
Jaynes, J. 250
Janus, L. 134, 135, 136
Jantsch, E. 188, 227, 231
Janz, D. 249
Jung, C.G. 134, 213, 218, 250

Kabanov, M.M. 143, 144, 156, 157, 234ff., 235, 291, 292, 293, 294
Kales, A. 255
Kaleveit, H. 249
Kant, I. 325, 332
Kappler, A. 280
Katzber 3, 4
Kaufmann 85
Kautter 83
Kekelberg 85
Kernberg, O. 1, 3, 56, 161, 347, 378
Khouri 4
Klages, L. 187, 191, 192, 193, 197, 224, 225, 226, 227, 280
Klein, M. 32
Klerman 4
Koch, G. 174
Kochert 84
Kochler 3, 4
Köhler, K. 347
Koella, W.P. 266, 271
Köppen, U. 4, 253ff.
Körmendy, G. 59ff., 153
Kohut, H. 56, 378
Kolb 4
Kos, M. 62, 64, 65, 67
Kotarski, E. 171
Kraepelin, E. 1, 2, 137, 330, 332
Kranzky 291
Kretschmer, E. 2, 192
Kris, E. 5
Krishna, G. 28
Krenn, K. 421
Kretsch, R. 346
Krümpelmann 333
Kübler-Ross, E. 248
Küchenhoff, B. 139
Küppers, B.-O. 217
Kupfer, D.J. 266

LaBerge, S. 28
Laing, R.D. 247
Lambertino, A. 309, 320ff., 421, 422
Laurian, S. 271
Laut, L. 249
Laut, P. 244
Leary, T. 250
Leder, S. 171, 291
Leichsenring, F. 344
Lempp 98
Leonard, J. 244
Lerminiaux, J. 171
Leupold-Löwenthal, H. 289
Lichko 291, 293, 294
Lilly, J. 247
Liszt, von 332
Lloyd de Mause 136
Löhning, R. 332
Löwenstein 5
Lohner, M. 4, 347
Luban-Plozza, B. 292, 421
Lourié, S. 31ff.
Luria, K.R. 236

Mack, J.E. 407
Mahler 98
Makarenko, A.S. 12, 37, 41
Makulik, D. 153
Malkow, N.R. 236
Mancia, M. 422
Marsen, B. 228
Marti-Tusquets 293
Marcus, R. 214, 221
Massermann, J.S. 19f., 143, 144, 291, 292, 293, 378
Masterson, J. 56
Mathieu, V. 422
May 90
Maymann 378
McNamara, E. 266
Mérei, F. 62
Meistermann-Seeger, E. 251
Mende 340
Menninger, K. 2, 378
Menninger-Foundation 57
Menzel, G. 132, 143, 153
Metzner, R. 246, 249
Meyer, A. 3
Meyendorf, R. 250

Milenkow 291
Mitscherlich, A. 311
Mitzlaff 293
Mjyssischtschew, W.N. 234
Moody, R.A. 248
Moschke, P. 174
Moser 338
Moser, T. 250

Nakov 171
Neale 1, 4
Nekrasowa, J. 37ff., 42, 143, 421
Nemes, L. 70

Oepen, G. 266, 269
Olbrich, R. 428
Orr, L. 134, 244
Orlop 216
Orwid, M. 128ff., 153, 171

Palágyi, M. 193
Paracelsus 280
Pawlik, J. 171
Peat, F.D. 217, 219, 222
Penfield, W. 195, 196
Peirce, C.S. 188
Pelman 2
Perry, J.C. 4, 347
Pinel-Verlag 294
Piotrowski, A. 128ff.
Piper, E. 346
Plank 219
Plate, L. 203
Plato 249
Plé 323
Polanyi, M. 188
Polaino-Lorente, A. 422
Popov 293
Poloshi 291
Primbas, R. 415
Pruyswer, P. 378
Pufendorf, S. 332

Querido, A. 237

Rank, O. 134
Rapaport, D. 5
Rajneesh, Sh. 246, 250
Ratz 90
Rausch, H. 249
Ray, S. 244
Raynaud 57
Rechtschaffen, A. 255
Reich, W. 1, 2, 104, 110, 161, 245, 250, 395
Reitz, G. 168, 421
Rembowski, J. 171
Remschmidt, H. 414
Richarz, B. 137, 139, 412
Rick 84
Rispoli, L. 110, 144
Rock, W. 87
Roffwarg, H.P. 269
Rogers, A. 409
Rogers, R.S. 407, 408, 409, 410, 411
Roder, V. 139
Rohde-Dachser, Ch. 347
Rosenzweig 40
Rosse 2
Rotenberg, V.S. 28, 44, 45, 46, 143, 257, 266, 291, 394, 395
Rothschild, F.S. 186, 187, 188, 189, 191ff., 194, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 220, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 279, 280, 281
Rothschild, M. 279
Runge, E. 244
Russel, B. 409
Ruther, E. 140

Sahlberg, O. 136, 153, 234ff., 247, 249
Sandler, J. 291
Sargent 57
Saß, H. 3, 4, 347
Saussure, F. de 226
Schanné, U. 140, 413
Scheidhacker, M. 141
Schell 83
Schepank, H. 347, 413
Schmalisch, P. 143
Schmidt, G. 139
Schmidt, M.H. 414
Schmidts, M. 289
Schmidts, R. 164, 165, 289, 333, 335, 339, 340, 422
Schmolke, M. 143
Schneider, K. 2, 143, 330, 332, 333, 335, 341
Schönke-Schröder 333, 334
Schröder, B. 249
Schultz, I.H. 51, 57
Schulz, H. 266
Scoda 291
Seidler 3, 4
Shapira, J. 111
Sharon, D. 153
Sheehy 4

Sheldrake 217
Sherozia, A. 294
Sherwin, D. 165
Shewardnadze, E. 315
Selby, J. 249
Shereshevsky, A. 422
Sheridan, C.L. 56f.
Simmel, E. 12, 413
Simon, Th. 85
Sinha, J.B.P. 153, 166, 297
Snyder 84
Sperry, R.W. 228
Spinoza, B. de 190
Spitz, R. 59, 244
Spitzer 4
Sevilla, I. von 217
Silva, J. 247
Smith, M. 344
Sorel 291, 292, 293
Stalin, J. 422
Stein, G. 253ff.
Stierlin, H. 139
Stone, M.H. 347
Szymusik, A. 128ff., 144

Taeni, R. 246
Theweleit, K. 136, 244
Thome, A. 4, 253
Tiedge, W. 4, 253
Tochtermann, E. 338, 339, 416
Töpper, B. 411
Tress, W. 347, 413
Tschurkin, A.A. 144
Tucker 344, 347
Tupizin, J.J. 143

Uexküll, Th. von 413
United States Educational Foundation in India (USEFI) 297
Unsölt 85
Uznadze, D.N. 294

Vassiliou 291, 293
Virchow, R. 332
Volger, H. 153, 154
Vogelbusch, W. 348
Von Frisch 210

Wagner, H. 343, 344, 348, 351
Ward, K. 131
Wehr, G. 229
Weise 291
Widdel, H. 86
Wied 422
Wiesel, N.T. 220
Wilber, K. 218
Wilde, O. 131
Williams, R.L. 253, 255
Wilson 292
Wilson, R.A. 217
Winnicott, D.W. 62
Wolfrum, G. 343ff.
Wolman, B.B. 27 ff., 28, 29, 377
World Association for Dynamic Psychiatry WADP 144, 155, 167, 168, 293, 297, 421, 172
Israelischer Zweig der - 188, 191
Polnischer Zweig der - 171, 421
Russischer Zweig der - 291, 421
Schweizer Zweig der - 394
Ungarischer Zweig der - 421
6. Weltkongreß der -, München 1988 59, 74, 111
7. Weltkongreß der -, Berlin 1989 1, 142, 234, 243, 320, 330, 394
World Association for Social Psychiatry WASP 144, 291
World Health Organization WHO 162, 167, 381, 391, 429
- Expert Advisory, Panel on Mental Health 297
Wundt, W. 294

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim 177, 178, 428, 429
Zharikov 292
Zilboorg, G. 2, 161
Zurabashvili, A. 315
Zuzuki, D.T. 250

Namensindex (Englischer Text)
Index of Names

Ackermann, N. 17
Adler, A. 17
Akiskal 374
Alexander, F. 17
Alger, I. 17
Ammon, G. 13ff., 71, 102, 133, 167, 251, 273f., 316ff., 317, 341, 342, 363, 364, 365, 372, 373, 374, 375, 376, 404, 405
Antonovsky, A. 51
Arlow, J. 23

Bachrach, A. 17
Bellak, L. 372
Berendt, H.C. 222f.
Berne, E. 17
Biermann, G. 71
Bildrim, P. 17
Billeter, H. 404f., 405
Billeter, W. 404f., 405
Binswanger, L. 17
Bion, W. 17
Bremer, C. 23
Böhme, J. 233
Buda, B. 371ff., 372
Bülow, G. von 232f., 233
Burbiel, I. 363ff.
Bykov, K.M. 23

Caplan, C. 17
Carrington, P. 25
Chessik 374
Cleckley 372

Darwin, Ch. 212
Davison 13
Dehné, E.J. 167, 381ff.
DAP German Academy for Psychoanalysis
-, 19. International Symposium, Munic 1988 51, 104
-, 20. International Symposium, Berlin 1989 16, 367, 371, 381
Dubois, P.C. 17
Dynamic Psychiatric Clinic Menterschwaige, Munic — Psychological-Diagnostic Department 363

Eissler 372
Emmert, Ch. 363ff.
Endicott 13

Esalon 17

Fabian, E. 363ff.
Ferenczi, S. 70
Fisher, R. 24
Franz, M.L. von 24
Freud, S. 17, 22, 23, 204; 222, 316, 317, 327, 328, 404
Fromm, E. 212
Fürstenau 13
Fuller Torrey, E. 18

Garner, H. 17
Gebser, J. 222
Gedo, J.E. 22
Gemmer, I. 101ff.
Gill, M. 23
Glasser, W. 17
Goffman, E. 376
Goldberg, A. 23
Goldberg, C. 17
Gunderson, J.G. 13
Graber, G.H. 251
Grinker 372

Hartmann, H. 55, 318
Henseler 375
Hes, J.Ph. 211ff., 212
Hessel, T. 341f., 342
Husserl, E. 17

Jacobson, R. 53
Jaklewicz, H. 367ff.
Janet, P. 17
Janov, A. 17
Jung, C.G. 222

Kabanov, M.M. 241f.
Kardinger, A. 17
Kernberg, O. 13, 52, 372
Khouri 13
Klages, L. 204, 232
Köppen, U. 273f.
Körmendy, G. 70ff., 71
Kohut, H. 52, 372
Kolb 13
Kos, M. 71
Kraepelin, E. 13, 341
Krishna, G. 25

LaBerge, S. 24
Laing, R. 18
Lambertino, A. 327ff., 328
Leary, T. 17
Leboyer, F. 17
Lewin, K. 372
Losch, Ch. 375
Lourié, S. 35f.
Luthe 53

Massermann, J. 16ff., 18. 373
Masterson, J. 52
Menninger, K. 373
Menninger-Foundation 54
Menzel, G. 134
Moreno, J. 17
Morita, S. 17
Muller, D. 17

Neale 13
Nekrasova, J. 48f.
Nowak, S. 127

Orwid, M. 125ff.

Peat, F.D. 223
Piotrowski, A. 125ff.

Rainer, J. 17
Rank, O. 17
Raynoud 54
Razran, G. 23
Reich, W. 13, 104
Rispoli, L. 104ff.
Rogers, C. 17
Rotenberg, V.S. 404
Rotschild, F.S. 204ff., 205, 211, 212, 222, 232, 233
Ruesch, J. 17

Sahlberg, O. 251
Sargent 54
Schneider, K. 341
Schorr, J. 17
Schultz, I.H. 53
Shapira, J. 123f.
Shepard, M. 17
Sheridan, C.L. 51ff., 53, 55
Spitzer 13
Stein, G. 273f.
Strauss, E. 17
Stroebel, C.F. 25, 55
Sullivan, H.S. 17
Szasz, T. 18
Szymusik, A. 125ff.

Thome, A. 273
Tiedge, W. 273

Ward, K. 132
Weeks, D.J. 132
Wilde, O. 133
Williams, R.L. 273
Winnicott, D.W. 71
Wittkower, E. 17
Wolberg 372
Wolfrum, G. 363ff.
Wolli 376
Wolman, B.B. 22ff.
Woods 17
World Health Organization WHO 381, 382
World Association for Dynamic Psychiatry WADP 167
-, 6. Worldcongress, Munic 1988 51, 104
-, 7. Worldcongress, Berlin 1989 16. 367, 371, 381
Wynne, L. 17

Yogi, Maharishi 17

Zubin 374

Sachindex (Deutscher Text)
Index (German Text)

Abwehrmechanismen 3, 378
Adpotion 69
Affekt 340
Aggression 310
— als Human-Funktion 310, 311, 312, 348
Aggression, destruktive 9, 69, 87, 91 153, 154, 155, 156, 159, 311, 337, 339, 340, 348ff.
Durchbruch - 337, 339, 340
- und psychische Erkrankung 351
- und Schuldgefühl 313
- und destruktive Sozialenergie 87
Aggression, konstruktive 91, 310, 311, 348ff.
Aggressionsforschung 310, 311
-, psychoanalytische 311
Als-ob-Persönlichkeit 8,
- des Borderline-Patienten 8
Ambivalenzkonflikt 8
Angst 7, 8, 9, 62, 65, 120, 272, 310, 324, 325, 339, 348ff.,
- vor der Angst 9
- bei Borderline-Patienten 8, 9, 11, 142, 154, 158, 159, 163, 272, 348ff.,
-, defizitäre 9, 91
-, destruktive 9, 11, 91
- und Einsamkeit 120
- als Human-Funktion 348
- und Identität 7, 8, 9, 142
Identitäts- 8, 12
-, konstruktive 91
- und Lernstörungen 88
Todes- 8
Verlassenheits- 9, 159, 164, 254
Vernichtungs- 339
Angstvermeidung 9
Anpassung 7, 196, 197, 207, 211
- und Evolution 196, 197, 208, 211
-, innere 196, 197, 208, 211
-, äußere 196, 197, 207, 211
Anstaltspsychiatrie 2
Anti-Streß-Therapien 56f.
Ausdruckswissenschaft 193
Autokinetischer Lichttest 5, 143, 427
Axiologie, medizinische 237

Bedürfnisse 111ff.
Physiologische - des Menschen 111ff.
Psychologische - des Menschen 111ff.
Behinderung 391ff.
Diagnose von - 391ff.
Rehabilitation von - 391ff.
Therapie von - 391ff.
Berufsausbildung 74ff.
Berufswahl 74ff.
Bewußtsein 28
- und Unbewußtes 28
- und Vorbewußtes 28
Bewußtseinstörung 333, 334, 338, 339
- in der forensischen Psychiatrie 333, 334, 338, 339
Bioenergetik 243, 244
Biosemiotik 187, 188, 191ff., 207ff., 213ff. 224ff., 279ff.
Borderline-Erkrankung vgl. auch Borderline-Syndrom 1, 3, 7, 98, 142ff., 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 243, 320ff., 330ff., 343ff., 377ff., 394ff.
Borderline-Forschung 1ff., 142ff., 161
Borderline-Kinder 164, 369f.
Borderline-Kriminalität 153, 163, 164, 337
Borderline-Patienten 2, 4, 7, 154, 253, 335 336
Abgrenzungsfähigkeit des - 8, 348ff.
Abwehrmechanismen beim - 337
Adoleszenz des - 153
Agieren bei - 7, 336
Aggression beim - 7, 336
Destruktive Aggression bei - 9, 153, 154, 155, 159, 337, 338, 348ff.
Als-ob-Persönlichkeit des - 8
Angst bei - 8, 9, 11, 142, 154, 158, 159, 163, 272, 339, 348ff.
Berufskarriere des - 159
Denkstörungen bei — 8, 158, 336
Depression beim — 154, 155, 156, 158, 159, 162, 337
Einzeltherapie bei 11
Eltern des -153
Eßstörungen bei - 7
»Fassade« des - 154, 155, 156, 159, 161, 335, 346
Gruppenpsychotherapie bei - 10, 11, 143, 165, 337, 377
Human-Struktur des -en 343ff.
Humanstrukturelle Tanztherapie bei - 10, 143, 165

Ich-Abgrenzung beim - 159, 336, 337, 348ff.
Ich-Frustrations-Regulation beim - 336
Ich-Funktionen beim - 142, 335, 346
Ich-Integration beim - 336
Ich-Kontrolle beim - 7, 338
Ich-Regulation beim - 346, 348ff.
Ich-Struktur beim - 346
Idealisierung beim - 337
Zersplitterung der Identität beim - 336
Idolisierung beim - 337
Identitätsangst des - 159, 164
Introjektion beim - 337
Kindheit des - 153, 158, 337, 369f.
Kontaktangst beim - 337
Kriminalität beim - 153, 163, 164, 337
»Loch im Ich« beim - 346, 378
Narzißmus beim - 336, 348ff.
Paranoia bei - 9
Partnerbeziehungen bei - 8
Partnerwahl bei - 7, 336
Primärgruppendynamik beim - 253
Projektion beim - 337
Schlafforschung mit — 253ff.
Schuldfähigkeit des — 153, 164, 309
Sexualität bei - 9
Struktur-Defizit beim - 142
Suchtproblematik bei - 7
Suizidalität beim - 154, 155, 156, 159, 162, 337
Symbiosekomplex bei - 8, 159, 313
Symptomatologie beim - 158, 159, 162, 254, 346, 363, 378
-, zurückgenommene 7, 336
Verdrängungsschwäche beim - 335
Borderline-Persönlichkeit 3, 4, 7, 154, 160, 346
Anpassung der - 7, 154, 155, 156, 160
Diagnose der - 5, 377
- und DSM III 4
Borderline-Schizophrenie 339
Borderline-Spektrum 3
Borderline-Störung 2
Borderline-Symptomatik 3
Borderline-Syndrom 1, 3, 7, 98, 142ff., 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 243, 320ff., 330ff., 343fff., 377ff., 394ff.
Destruktive Aggression beim - 9, 153, 154, 155, 156, 337, 343ff.
- als Charakterpathologie 3
- als Depression 12, 154, 155, 156, 158, 159, 162, 346
Diagnostik des - 3, 157, 158, 162, 343ff., 379
Differentialdiagnose des -s 162, 379, 380
- und DSM-III 347
- und Effizienz-Forschung 343ff., 377
Epidemiologie Forschung über das - 144, 156, 158, 347
- und Ethik 157, 158, 163, 309
- und Gesellschaft 144, 153, 158, 165, 379, 380
Glossare des -s 3, 4
Heterogenität des -s 5, 142, 162
- als humanstrukturelle Erkrankung 1, 143, 335ff.
- und ICD-Diagnostik 347
- als Erkrankung der Identität 7, 8, 162, 335, 336, 346
- und Integration 8
Körpersprache beim - 394ff.
- als einheitliches Krankheitsbild 5
Kulturspezifische Faktoren beim - 144
Mehrdimensionaltät beim - 142
- und Mutter-Kind-Beziehung 369f.
- und Narzißmus 12
- und Neurose 154, 155, 156, 157, 159, 160, 335
Prävention beim - 153
Pseudo-Identitäten beim - 158, 160
Psychometrische Forschung über das - 343ff., 347
- und Psychose 154, 155, 156, 157, 159,
Psychosomatik und - 394ff.
- und Schizophrenie 155, 156, 158, 160
- und Schuldfähigkeit 330ff.
- und Suizidfähigkeit 330ff.
- und archaischer Symbiosekonflikt 8
Symptomwechsel beim - 158, 159, 162, 254
Therapie des -s 10ff., 142ff., 154, 155, 156, 157, 158, 162, 164, 165, 337, 343ff., 380, 396ff.
- und Unbewußtes 162
- und Verlassenheitsangst 164, 254
Bruder 76, 77, 81
Bürokratie 294

Charakterneurosen 2
- und Borderline-Syndrom 2
Cortex 270, 271, 272

Denken 8, 312
-, dualistisches 312
-, ganzheitliches 312
-, ideologisches 8
-, konkretistisches 8
-, magisches 8

-, projektives 8
Zwangs- 8
Denkstörungen 8
- beim Borderline-Syndrom 8
Depression 9, 154, 155, 156, 158, 159, 162, 337
- bei Borderline-Patienten 154, 155, 156, 158, 159, 162, 337
Destruktionsbetrieb 310, 311
Diabetes Mellitus 428
Diagnose 3, 5, 157, 158, 162, 392
- der Borderline-Persönlichkeit 3, 5, 2157, 158, 162
Diagnostik 5, 19f., 143, 345, 377, 392
- des Borderline-Syndroms 143, 157, 158, 162, 377, 379
- mit dem DSM-III 143
-, dynamische 143, 345, 377
-, humanstrukturelle 143
Integration in der - 19f.
-, mehrdimensionale 20
-, psychiatrische 19f., 143, 392
-, psychodynamische 377
Soziale Konsequenzen der - 19
Terminologie in der - 19
Diebstahl 82
Dinosaurier 207
- und Evolution 207
DSM-III 4, 19f., 143
Dual-Instinkt-Theorie 311
Dynamische Psychiatrie 143, 144, 167, 168, 172, 173, 175, 292, 343ff., 378, 395, 416ff.
Behandlungsziel in der - 345, 363
Diagnostik in der - 345, 377
Effizienz-Forschung in der - 7, 143, 343ff., 377
- und Human-Struktur 343ff., 425
Identitätstherapie in der - 425
Integratives Konzept der - 378
Krankheitsbegriff in der - 345
Unitäres Krankheitsverständnis in der - 143
Menschenbild in der - 344
Psychologische Tests in der - 377
- und Sozialpsychiatrie 292
Therapie in der - 175, 176, 177, 343ff., 380
Dynamisch-Psychiatrische Klinik 7, 164, 165, 292, 343ff., 416ff., 422, 425ff.
Autokinetischer Lichttest in der - 427
Behandlungsziel in der - 345, 363
Borderline-Patienten in der - 343ff., 380
Case-Konferenzen in der - 345
Effizienz-Forschung in der - 7, 143, 343ff., 427
Großgruppe in der - 345, 346, 427
Gruppenpsychotherapie in der - 10, 11, 346
Humanstrukturelle Tanztherapie in der - 165, 176, 426, 427
Ich-Strukturelles Arbeiten in der - 10, 11
Ich-Struktur-Test in der - 7, 343ff., 427
Identitätstherapie in der - 425
Integration der Behandlungsmethoden in der - 10
Kontrollgruppe in der - 10, 345
Maltherapie in der - 176, 427
Milieutherapie mit Arbeitsprojekten in der - 10, 165, 426
MMPI in der - 7, 343ff.
Musik in der - 426
Non-verbale Therapiemethoden in der - 10, 143, 346
Reittherapie in der - 426
Schlafforschung in der - 143, 162, 253ff., 427
Sozialenergetischer Austausch in der - 363
Sport in der - 426
Theatertherapie in der - 165, 427
Therapeutisches Milieu in der - 425, 426
Therapieverlaufsforschung in der - 345, 377

Effizienz-Forschung 7, 143, 343ff.,
-, mit dem Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) 7, 343ff.
-, klinisch-psychologische 343ff., 377
- mit dem MMPI 7, 343ff.
Ehe 115, 116
Einsamkeit 119, 120, 121
- und Angst 120
Einstellungstheorie 294
Einzeltherapie 11
Exzentriker 131f.
Eltern 59, 60, 69, 81, 84, 153, 157, 159, 160, 378
Abgrenzung der - 60
Ablehnung des Kindes durch die - 157
- des Borderline-Patienten 153, 159, 160
Wut gegen die - 81
Entwicklung 2, 344, 345
-, fehlgelaufene 2
- und Gruppendynamik 3, 345
- und Integration 2, 3
- als intrapsychischer Vorgang 3

- und Sozialenergie 3, 345
Epidemiologie 144, 156, 158, 347
Epilepsie 77
Erlebnisvorgang 225, 226, 227, 228
Eigenpol und Fremdpol im - 227, 228
- und Hirnhemisphären 228
Erziehung 157
Es 3
- und Ich 3
Essen 116, 117
Eßstörungen 7
- bei Borderline-Patienten 7, 158
Ethik 8, 31ff., 111ff., 153, 308, 309, 315
- und Borderline-Syndrom 157, 158, 163, 309
-, humanistische 308, 315
- und Kriminalität 153
- und Sozialenergie 153
Ethisches Bewußtsein 31ff.
- und Gesellschaft 32
Evolution 189, 196, 197, 207ff., 216, 217, 230
- und Anpassung 189, 196, 197, 207ff.
- und innere Anpassung 196, 197, 208, 211
- und äußere Anpassung 196, 187, 207, 211
- und Fische 207

Familie 60ff., 76, 77, 78, 80, 81, 82, 292
Homöostase in der - 69
Familientherapie 59ff., 237
Fasten 116
Forschung 1ff., 5, 7, 143, 144, 156, 158, 161, 310, 311, 347
Aggressions- 310, 311
Borderline- 1ff., 142ff., 161
-, diagnostische 5
Effizienz- 7, 143, 343ff.
Epidemiologische - 144, 156, 158, 347
Frontalhirn 272

Geburt 134, 135, 136, 400f.
Geburtstrauma 134
Gehirn 186, 187, 191ff., 272
Limbisches System im - 272
Psychophysische Theorie des -s 187, 191ff.
Temporallappen im - 272
Geisteskranke 192
Geisteswissenschaften 209, 231
Gerichtspsychiatrie 330ff.
Gesellschaft 32, 34, 119, 128ff. 144, 153, 165, 197, 292
- und Borderline-Syndrom 144, 153, 158, 165, 379, 380
- und Ethik 32, 34, 35, 111ff., 153, 308
- und Identitätsentwicklung 128ff.
-en, matriarchalische 197
- und Psychiatrie 292, 392, 393
Gesundheitsdienste 391ff.
- in der Dritten Welt 391ff.
Gewissen 320ff.
Entstehung des -s 320ff.
- und Neurose 321
Pathologie des -s 320ff.,
Reifung des -s 322,
- und Schuldgefühl 320ff,
- und Bedürfnis nach Selbstbestrafung 321, 322
Struktur des -s 320ff.
Grenzsituation 32, 33
- und Ethik 32, 33
Grenzzustände 2
- der Persönlichkeit 2
Großhirn 195, 196
Gruppe 3, 6, 345, 395
- und Entwicklung 345
- und Identitätsentwicklung 6, 87
- und Individuum 3, 6, 87
Gruppendynamik 3, 6, 12, 84, 87, 395
- und Entwicklung 3, 6
- und Ich-Entwicklung 12, 87
- in der Schulklasse 84
Gruppengrenzen 3
Gruppenpsychotherapie 10, 11, 39, 165, 377, 378
- bei Borderline-Patienten 10, 11, 165, 377, 378
Gruppentherapie 39, 236, 377

Hautwiderstand-Messungen 396ff.
Heilpädagogik 75
Heirat 115
Hirnanatomie 193, 195
Hirnforschung 186, 187, 188, 189, 181ff., 280
Hirnfunktionen 193
Hirnhemisphäre/n 189, 195, 197, 210, 211, 228, 269, 270
- und Erlebnisvorgang 228
- und Friedensfähigkeit 211
-, linke 195, 197, 210, 211, 228, 231
-, rechte 195, 197, 211, 228, 231, 270, 272
- und Schlaf 269, 270
Hirnrinde 196
Hirnstamm 270

Hirnstrukturen 192, 193, 195, 198, 202, 203, 210
- und Kommunikation 191ff.
Humanfunktion 1, 6, 7, 256, 310, 311
- der Aggression 310, 311, 312, 348
- der Angst 348
- der Identität 6, 7, 312
-en, konstruktive 10
- der Kreativität 312
- des Narzißmus 348
-en, konstruktive 10
- der Kreativität 312
- des Narzißmus 348
-en, zentrale 312
Humanstruktur 6, 87, 314, 354
- und Gruppe 314
- und »Loch im Ich« 378
- und Sozialenergie 6, 87, 345
- und Symptome 354
Humanstrukturelle Tanztherapie 10, 165, 176, 426, 427
- bei Borderline-Patienten 10, 165
Humanstrukturelle Therapie 345
Humanstruktur-Modell 5, 310, 311, 312, 344, 345
- als Entwicklungsmodell 6
Humanstrukturologie 344, 421
Hypnose 214

Ich 12, 187, 188, 193, 209, 210, 323, 325
Integrative Kräfte des -s 12
- und Über-Ich 323
Ich-Abgrenzung 8, 159, 336, 337, 348ff.
- bei Borderline-Patienten 8, 159, 336, 337, 348ff.
Ich-Autonomie-Störung 5
Ich-Entwicklung 12, 378
- und Gruppendynamik 12, 87
-, nachholende 70, 378
Ich-Funktionen 378
Ich-Kontrolle 7
Durchbrüche der - 7
Ich-Krankheit, archaische 7, 101, 256, 378
Borderline-Syndrom als - 7, 101, 143, 378
Gleitendes Spektrum der -en 7, 378
Schizophrenie als - 378
Ich-Psychologie, psychoanalytische 311
Ich-Störungen 3
-, strukturelle 3
Ich-Struktur/en 3, 88, 188, 335
- und Lernstörungen 88
Ich-Struktur-Defizit 7
Ich-Strukturelles Arbeiten 10
Ich-Struktur-Modell 346
Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) 5, 89, 143, 343ff.
Ich-Zustände 8
-, nicht-integrierte 8
Indentifikation 322
Identität 6, 7, 8, 9, 12, 142, 256, 335, 395
Angst und - 7, 8, 9, 142
- beim Borderline-Patienten 7, 8, 162, 335, 336, 346
-, defizitäre 9, 142, 395
-, destruktive 395
Forderung nach - 9
- als Human-Funktion 6, 7, 312
- und andere Human-Funktionen 6
-, konstruktive 395
- und Kultur 314
Identitätsentwicklung 6, 87, 128ff., 157, 313, 346
- und Eltern 157
- und Gesellschaft 128ff.
- in der Gruppe 6, 87
- und Kultur 314
- bei jungen Menschen 128ff.
- und Schuldgefühl 313
- und Sozialenergie 87, 256, 313, 345
Identitätstherapie 12, 346
Imputationslehre 332
Instanzenmodell 28
- in der Psychoanalyse 28
Integration 2, 3
- und Triebdynamik 3
Intelligenzentwicklung 83ff
Internalisierung 378
Introjektion 321, 322
Inzest 80

Jugendliche 393
Selbstdestruktives Verhalten bei den -n 293
Jugendpsychiatrie 414f.

Kartesianische Dichotomie 208
Kind 31, 32, 59, 60, 61, 62, 63, 98, 99, 100, 101, 322
Entstehung des Gewissens beim - 322
Heimerziehung von -ern 80
Kommunikation bei -ern 60ff.
Kulturelles Lernen des -es 308
Psychosomatische Erkrankung des -es 59ff.
Kindesmißhandlung 80, 81, 83, 337, 338
Kinderpsychiatrie 414f.
Kindertherapie 59ff.

Zeichnungen in der - 62
Kindheit 76
Kleidung 117
Kommunikation 37ff., 59ff., 189, 191ff., 227
- in der Familie 60ff.
- und Hirnstrukturen 191 ff.
- bei Kindern 60
-, menschliche 37ff., 59
Kontaktabbrüche 78
Körper-Selbst 110
Emotional-affektiver Bereich des - 110
Bereich der Körperstruktur im - 110
- als multifunktionale Struktur 110
Physiologischer Bereich des - 110
- und Schizophrenie 110
Spaltung des - 110
Symbolischer Bereich des - 110
Körpersprache 394ff.
-, beim Borderline-Syndrom 394ff.
Körpertherapie 110, 234ff.
-, charakteranalytische 110
Kosmos 189, 193, 194, 196
- und Kausalität 194
Krankenversorgung 391ff.
- in der Dritten Welt 391ff.
Krankheitsvorstellung
-, holistisch unitäre 5
-, sozialenergetisch-gruppendynamische 5
-, spektraltheoretische 5
Kreativität 312
Kultur 308ff., 322, 323
- und Ethik 308ff.
- und Identitätsentwicklung 314
Kurztherapie 59ff.
- fokale 59ff.
- bei Kindern 59ff.

Leib-Seele-Einheit 280
sog. Lernbehinderung 74ff., 83
Lernbeeinträchtigung 74ff.
Lernen 74ff.
-, ganzheitliches 86ff.
- und Identitätsentwicklung 87
-, kulturelles 308
- und Sozialenergie 87
Lernstörungen 74ff.
- und Angst 88
- und Ich-Struktur 88, 89
- und Mutter-Kind-Beziehung 98
- und Primärgruppendynamik 98, 99, 100, 101
- und psychische Erkrankung 75, 98, 99, 100, 101
- und Selbstwertgefühl 88,
- und sozialenergetische Prozesse 88ff.
Liebe 120, 121, 122
Linguistik 226
»Loch im Ich« 378
Logoneurose 37ff.
Logopsychotherapie 37ff.

Medizin 234ff.
Ausbildung in der - 238, 239
Einsatz von Computern in der - 239
Humanisierung der - 239
Mensch und - 234ff.
Mehrdimensionalität 2, 314
Mensch 112, 113, 314
Erschaffung des -en 112, 113
Mehrdimensionalität des -en 314
Metapsychologie 28
Methodenintegration 377
- in der Psychotherapie 377
Mileutherapie 10, 165, 426
- mit Arbeitsprojekten 10, 165, 426
- in der dynamisch-psychiatrischen Klinik 10, 165, 426
Minderwertigkeitskomplex 7
MMPI (Test) 7, 143, 343ff.
- in der Effizienzforschung 343ff.
Moral 320ff.
- des Ichs 323, 324
- des Über-Ichs 323
Multiple Persönlichkeit 7
- beim Borderline-Patienten 7
Mutter 31, 32, 59, 60, 69, 76, 77, 79, 80, 82, 339
Defizitäre Identität der - 60, 69
Symbiose mit der - 60
Mutter-Kind-Beziehung 31, 32, 59, 60, 84, 369f.
- und Borderline-Syndrom 369f.
- und ethisches Bewußtsein 31, 32

Nächstenliebe 121
Narzißmus 91, 325
-, defizitärer 91
-, destruktiver 91
-, konstruktiver 91
Nationalsozialismus 137ff.
Psychiatrie im - 137ff.
Naturwissenschaften 209, 217, 231
Neuroleptika 140f.
- in der Psychiatrie 140f.
Neurologie 192
Neurose 2, 7, 154, 155, 156, 157, 160, 321,

322, 324, 333, 334, 335
- und Gewissen 321, 322, 324
- und Schuldgefühl 321, 322, 324
Zwangs- 321, 322, 324
Noetisches System 195

Objektbeziehungen 60
Ödipus-Komplex 60, 134, 310, 313
- und Schuldgefühl 310
Ontologie 231

Paradigmenwechsel 292, 407ff.
- in der internationalen Politik 407ff.
Paranoia 9
Parapsychologie 194, 198, 199, 203, 213ff.
Patriarchat 310
Persönlichkeit 2, 5, 129, 378, 379
Als-ob- 8
-, antisoziale 4
- und Entwicklung 5
-, homöastatische 2
-, hysteroide 4
-, multiple 7
-, psychopathische 2
-, schizotypische 4
Persönlichkeitsstörungen
-, narzißtische 4
Persönlichkeitstheorie 379
Pharmakotherapie 140f.
Pränatale Psychologie 134ff., 243ff.
Primärgruppendynamik 98, 99, 253
Primärprozeß 64
Primärtherapie 134
Proto-Bewußtsein 27ff.
- und Psychopathologie 28, 29
- und Schizophrenie 29
Protoplasma 195
- als Außensystem 195
Psyche 31ff.
Psychiatrie 2, 19f., 137ff., 143, 177, 239, 291ff., 330ff., 377ff., 392, 393, 411f., 428f.
Anstalts- 2, 239, 411f.
Ausbildung in der - 239, 240
Biologismus in der - 378
Diagnostik in der - 19f., 143, 331, 377, 392, 393
Epidemiologische Forschung in der - 144, 156, 158, 347, 428f.
Forschung in der - 293
Gerichts- 330ff.
- und Gesellschaft 292
Humanistisches Denken in der - 117, 419
Jugend- 414f.
Kinder- 414f.
- im Nationalsozialismus 137ff.
Neuroleptika in der - 140f.
Paradigmenwechsel in der - 177
Reduktionismus in der - 143
Sozial- 291ff.
Stigmatisierung durch Diagnosen in der - 19
- in der UdSSR 143, 239, 240, 291ff., 422
Psychiatrische Krankheiten 293, 332, 333
Psychische Erkrankung 75, 98, 99, 100, 101, 333, 351
- und destruktive Aggression 351
- und Lernstörung 75, 98, 99, 100, 101
Psychoanalytische Kindergärten 379
Psychohygiene 235, 236
Psychologie 235, 236, 237, 238, 239, 240
-, internationale 407ff.
-, medizinische 235, 236, 237, 238, 240
Organisation der - 237
Psychopathie 143, 333, 334, 335, 341, 377
Psychopathologie 378
- und Systemtheorie 378
Psychophysischer Zusammenhang 198, 199
Psychoprophylaxe 235, 236
Psychose 333, 334, 335, 341
-, sog. endogene 333
-, sog. exogene 333
Psychosomatik 394ff.
- und Borderline-Syndrom 394ff.
Psychotherapie 143, 168f., 238, 239, 240, 343ff., 377, 413
Gruppentherapie in der - 377
Methodenintegration in der - 377
- in Polen 168f.
- Schulen 344
-, stationäre 343ff., 413
- in der UdSSR 143, 237, 238, 239, 240
Psychosomatische Erkrankung 59ff.
- bei Kindern 59ff.

Realitätswahrnehmung 11
Recht 314
Regression 110
-, psychosomatische 110
Rehabilitation 234ff., 292, 293
Systemkonzept der - 234ff.
Reisen 118
Relationsanalyse 62
Religion 197, 314

Säugling 244, 245, 246, 247, 248
Schizoidie 192

Schizophren erkrankte Patienten 2, 139f.
REM-Schlaf bei - 272
Schizophrenie 7, 29, 110, 333, 378, 412f.
- als archaische Ich-Krankheit 378
- und Spaltung im Körper-Selbst 110
- und Proto-Bewußtsein 29
Therapie der - 139f., 412f.
Schlaf 243ff.
Delta- 260, 261
- und Hirnhemisphären 269, 270, 271, 272
Humanstrukturelles Verständnis des -s 256, 269, 270, 271, 272
Intermediär- 272
NREM- 2555, 258, 259, 262, 265, 269, 271
Ontogenese des -s 56, 269
- und regulative Systeme 261
REM- 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 265, 266, 269, 270, 271, 272
REM-Latenz im - 266
- und sozialenergetischer Austausch 265
Stadienwechsel im - 258, 265
- stadium I 255, 257, 259, 261, 262, 263, 265
- stadium II 255, 259, 261, 262, 263, 265
- stadium III 255, 257, 258, 259, 261, 262, 263
- stadium IV 255, 257, 258, 262, 263
Tief- 258
Zyklische Struktur des -s 265
Schlafforschung 143, 253ff.
- mit Borderline-Patienten 253ff.
Methodik der - 254f.
- mit Patienten mit Depression 253ff.
- mit Patienten mit Psychosomatik 253ff.
- mit Patienten mit Schizophrenie 253ff.
Schöpfung 112, 113, 189, 211, 229, 230, 231, 232
- und Glauben 197, 211
- und Gottesbegriff 189, 197, 198, 229, 230, 231, 232
Schöpfungsgeschichte 112
Schuldgefühl 308ff., 321, 322, 324, 325, 326, 327, 420ff.
- und destruktive Aggression 313
-, bewußtes 309
-, fehlendes 326
- und Gesellschaft 308ff.
-, gesundes 325, 326, 327
- und Gruppendynamik 313
- und Identitätsentwicklung 313
-, nichtbewußtes 308
- und Ödipus-Komplex 310
-, pathologisches 309, 325, 326, 421
Zwangs- 326
Schule 77, 78, 79, 81, 83, 84
Schulklasse 84
Gruppendynamik in der - 84
Schwachsinn 333
Schwangerschaft 67
Seele 294
Sexualität 9, 134
- bei Borderline-Patienten 9
Semiotik 194, 199
Signaturenlehre 224ff.
Sittlichkeit 31, 32, 33, 320ff.
-, persönliche 32, 33, 34
-, soziale 31, 32, 34, 35
Sonderpädagogik 74, 75
Sonderschule 84, 85
Sozialenergetische Auseinandersetzung 6, 348, 351
- in der Therapie 348, 351
Sozialenergetischer Austausch 176, 256
- in der Therapie 176
Sozialenergetisches Feld 13, 153
Sozialenergie 3, 6, 12, 65, 87, 256, 292, 313, 345, 362
-, defizitäre 87
-, destruktive 87
- und Entwicklung 3
- und Ethik 153
- und Gruppe 87
- und Human-Struktur 6, 87
- und Identitätsentwicklung 87, 313
- und therapeutischer Prozeß 362
-, verweigerte 256
Sozialpsychiatrie 291ff.
- und Dynamische Psychiatrie 292
Sozialversicherung 391ff.
Sozialwissenschaften 209
Soziogramm 90
-, ich-strukturelles 90ff.
Sprache 195
Sprachentwicklung 60
Spektraltheorie 9
Stottern 37ff.
- und Suchaktivität 38, 46
Stotterer 37ff.
Soziale Rehabilitation von -n 39ff.
Gruppentherapie bei -n 39
Therapie des -s 37ff.
Strafprozeß 330ff.
Schuldfähigkeit in -en 330ff.
Strafrecht 314, 330ff.

- und Täterpersönlichkeit 330ff.
Streß 56f.
Beeinträchtigter Umgang mit - 56f.
Studentenbewegung 129
Suchaktivität 38, 46
Suchtproblematik 7
- bei Borderline-Patienten 7
Sündenbock-Dynamik 82
Symbiose 8, 60, 67, 159, 313
Abgrenzung aus der - 8, 60
-, pathologische 313
Symbiosekomplex 8, 136, 159, 313, 378
- bei Borderline-Patienten 8, 159, 313
Symbolbildung 64
System 194ff.
Außen- 194, 195
Innen- 194, 195, 197

Tabu 321, 322
Telepathie 199, 200
Therapeut 11, 12, 20, 29, 64, 65, 379
Bildhafte Sprache des -en 12
- als Bundesgenosse 11
Empathie des -en 11
Partnerschaftliche Haltung des -en
Persönlichkeit des -en 12
Übernahme von Ich-Funktionen durch den -en 379
Therapeutische Auseinandersetzung 12
Therapeutische Ziele 344
Therapeutischer Prozeß 11, 13, 29, 142, 345, 348ff.
- und Aggression 348ff.
- und Angst 348ff.
- und Diagnostik 345, 348, 377
- und Human-Struktur 363
- und Ich-Abgrezung 348ff.
- und Narzißmus 348ff.
- und Sozialenergie 362, 363
- und Symptomatologie 343ff.
Therapeutisches Feld 143
Therapeutisches Milieu 12
Therapie 10ff., 20, 59ff., 175, 176, 177, 243ff., 343ff., 379
Aggression in der - 348ff.
Angst in der - 11, 348ff.
Anti-Streß- 56f.
- von Behinderung 391ff.
- des Borderline-Syndroms 10ff., 142ff. 154, 155, 156, 157, 158, 162, 164, 165, 337, 343ff., 380, 396ff.
Entfremdung und - 12
Familien- 59ff.
Fokal- 59ff.
-, humanstrukturelle 345
Humanstrukturelle Tanz- 165, 176
- als Humanisierungstherapie 12
Ich-Strukturelles Arbeiten in der - 10
- als Identitätstherapie 12, 345, 346
Kinder- 59ff., 377
Körper- 110, 243ff.
Kurz- 59ff., 377
- als Lernprozeß 20
Mal- 10, 176
Menschenbild in der - 344
Milieu- 10, 165, 426
Narzißmus in der - 348ff.
Neuroleptika in der - 140f.
Non-verbale -formen 143
- als offenes System 346
- der Schizophrenie 139f.
Sozialenergetische Auseinandersetzung in der - 348, 351
Sozialenergetischer Austausch in der - 176
Schweigen in der - 11
Tanz- 10, 165, 176
Theater- 10, 165
Tier in der - 177
Vegeto- 110
Wendepunkt in der - 11, 13, 164
Topographisches Modell 28
Transzendentale Subjektivität 196, 200, 201, 208, 209, 215
Traum 272
Trennungstrauma 339
Trieb 111, 112, 113, 114, 116, 310, 311, 321, 322
Destruktions- 310, 311
Geschlechts- 114, 116
- und Moral 320ff.
Todes- 321
Triebstörungen 333, 334

Über-Ich 3, 321, 322, 323
- und Ich 323
Unbewußtes 28, 29, 162
Unfälle 77
Urnarzißmus 12

Vater 60, 69, 79, 80, 81, 82, 321, 324, 339
Vegetotherapie 110
Verdrängung 7
Verlassenheitssituation 142
-, frühkindliche 142

Wissenschaft 209, 217, 231
Geistes- 209, 231

Natur- 209, 217, 231
Sozial- 209

Zeichentheorie 224ff., 280
Zelle 195
Zellkern 195
- als Innensystem 195
Zentralnervensystem 187, 195, 200, 201, 202, 203, 228, 279
- als Innensystem 195
Zerstörungstrieb 310, 312
Zyklothymie 333

Sachindex (Englischer Text)
Index (English Text)

adaptation 212
-, inner 212
- and divine principle 212
aggression 15
- as a constructive human-function 317
aggression, contructive 317
- and demarcation 317
aggression, deficitary 15, 317
- of the borderline-patient 15
aggression research 317
-, psychoanalytic 317
anxiety 14
contact - 14
- in therapy 53
autogenic training 53

biofeedback 53, 55, 56
biosemiotics 204f., 211f., 222f., 232f.
- of the human brain 204f.
body language 404f.
body psychotherapy 104
borderline dynamics 371ff.
borderline-patient 14, 15, 316, 341., 363ff., 371ff.
aggression of the - 15, 342, 364, 365
anxiety of the - 342, 364, 365
criminality of -s 342
defence mechanisms of the - 374
ego-boundaries ot the - 364, 365, 374
ego-control of the - 342
ego-demarcation of the - 364, 365, 374
ego-egulation of the - 365
intact facade of the - 14, 341, 342
guilt capability of the - 342
central human-functions of the - 14
lack of identity of the - 342
narcissism of the - 15, 364, 365, 374, 375
- and sense of guilt 316
sleep research with -s 273f.
symbiosis complex of the - 14
symptomatology of the - 341
borderline-syndrome 13, 341f., 363ff., 367ff., 371ff., 404f.
- and childhood 367ff., 375
- and depression 374
diagnosis of the - 13, 371
- and ego-functions 364
- as archaic ego-illness 342
holistic apprehension of the - 13
- as humanstructural illness 13, 341, 364
- and mother-child-relationship 367, , 368, 369, 375
- and psychosomatics 404f.
- and society 375
symptomatology of the - 14, 364, 367, 368
therapy of the - 14, 15, 363ff., 405
brain 204f., 212, 232
biosemiotics of the human - 204f., 212
brain hemisphere/s 212, 232, 233
-, left 212, 232, 233

catalepsy 24
catatonia 108
central nervous system 204f., 233
child 70ff., 367ff.
- and borderline syndrome 367ff.
psychosomatic symptoms of the - 70ff.
- therapy 70ff.
clothes 124
communication 48, 49, 204, 212, 232, 233
-, disturbed 48, 49
- and organic structures 204
conscience 327f.
development of the - 327f.
origin of the - 327.
-, pathological 327
structure of the - 327f.
corporal self 104ff.
emotive-affective area of the - 104, 106, 107, 108
physiological area of the - 104, 106, 107, 108
postural area of the - 104, 106, 107, 108
- and schizophrenia 104ff.
split in the - 104ff.
symbolic area of the - 104, 106, 107
cosmos 205
- and divine principle 205, 212
creation 212, 233
- and divine principle 212
culture 316ff., 327, 375
- and identity 317, 375
- and sense of guilt 316ff.
- and society 316ff., 375

depression 374

diagnoses 16ff.
diagnoses, psychiatric 16ff., 383ff.
poly-dimensional - 18
social consequences of - 16, 18
- and the role of stress 18
disability 381ff.
disability insurance 381ff.
- , international 381ff.
dream 24
-s, lucid 24
drive 123, 316, 317
- of destruction 316, 317
dynamic-psychiatric clinic 363ff.
efficiency research in the - 363ff.
dynamic psychiatry 363ff., 373, 404
development in - 363
psychoanalytic kindergartens in - 374
therapy in - 363ff.

eating 124
eccentrics 132ff.
efficiency research 363ff.
- of borderline-patients 363ff.
- in the dynamic-psychiatric clinic 363ff.
-, psychological 363ff.
ego 327, 328
ego-development 364
retrieval of - 364
ego-disturbances 373
-, archaic 373
ego-functions 373
ego-illness, archaic 13, 373, 376
borderline-syndrome as - 13, 341, 376
ego-pathology 373
gliding spectrum of - 373
ego-structure-test according to Ammon 102
ethical consciousness 35f.
ethics of man 35f., 123.f, 316ff.
etiology 18, 371
- in psychiatry 18, 371
evolution 212
- and inner adaptation 212
- and transcendental subjectivity 212, 222
experience 232f.
process of - 232f.

family 70ff., 375
- therapy 70ff.
forensic psychiatry 341f.
borderline syndrome in - 341f.

group 317, 318, 375
- and identity 318
group-dynamic processes 317
group psychotherapy 48, 49, 372, 373
- of stuttering 48, 49
guilt capability 341f.
assessment of - in law courts 341f.
- with borderline-patients 341f.
guilt feelings 316ff., 327f.
-, pathological 317, 327f.

headaches 105, 108
health care 381ff.
- international 381ff.
-, primary 381ff.
human-function 14
-s, central 14
integration of -s.15
humanstructural illness 13
humanstructure 102, 317, 318
humanstructure model 14, 316, 317

identification 327
identity 14, 15, 35, 36, 101ff., 125ff., 317, 318
- demands 14
- and ethical consciousness 35, 36
- and group 318
- and learning 101ff.
identity development 125ff., 317, 318, 373 374
- and culture 317
- of young people 125ff.
identity formation 125ff.
- and society 125ff.
integration 14
- of therapeutic methods 18, 19
introjection 327

job training 102

language 212
learning 101ff.
- and identity development 101ff.
learning disturbances 101ff,
- and psychic illness 101ff.
learning handicaps 101ff.
logoneurosis 48, 489
therapy of - 48, 49
loneliness 124
love 124
lucid dreams 24

masturbation 105

medical practice 241
human factor in - 241
medicine 241
eduction in - 241
meditation 25
mental disorders 383ff.
mental health 25, 383ff.
milieu therapy 374
mind 22ff.
functioning of the - 22ff.
morality 35, 36, 327f.
- of the ego 328
-, personal 36
-, social 35, 36
mother-child-relationship 36, 367ff., 375
- and borderline-syndrome 367ff., 375
multidimensionality 317, 318
- of man 317, 318

narcissism 15, 374, 375
- of the borderline-patient 15, 374, 375
needs 123f.
-, physiological 123f.
-, psychological 123f.
neurosis 25, 26, 327, 374, 375
- and society 375
neurotics 327
-, compulsive 327

object relations 52
oedipus complex 316

paranoia 14
parapsychological phenomena 24, 204, 205, 222f.
personality of man 14
personality structure 102
preconscious 22, 23
prenatal psychology 251
protoconscious 22ff.
- in catatonic patients 27
- and conscious phenomena 22ff.
- and preconscious 22ff.
- and psychopathology 25f.
- and schizophrenia 26, 27
psychiatry 16ff., 371
-, biological 374
diagnoses in - 16ff., 374, 383ff.
-, forensic 341f.
-, institutional 374
terminology in - 18
therapeutic methods in - 17
psychic illness 101ff.
- and learning disturbances 101ff.
psychoanalysis 316, 317, 371, 372
psychohygiene 341
psychopathology 341
psychophysiological relationship 204
psychoprophylaxis 241
psychosis 25, 26
psychosomatic configuration 105
psychosomatic disease 70ff.
- of children 70ff.
psychosomatics 404f.
- and borderline syndrome 404f.
psychotherapy 104, 371
body - 104
group - 372

reaction formation 108
-, defensive 108
reality testing 24, 25
regression 109
-, psychosomatic 109
rehabilitation 241

schizophrenia 26, 27, 104ff.
and the corporal self 104ff.
- and the protoconscious 26, 27
school 102
- achievements 102
sciences 233
- and humanities 233
- and religion 233
self 52, 104ff.
-, false 106, 107
nucleus of the - 108
-, original 106, 107
semiotics 204f.
sensory deprivation 25
sexuality 123, 124
signature theory 232, 233
sleep 273f.
REM- 273
- and psychiatric illness 273
- stage III 273
sleep research 273f.
- with borderline-patients 273f.
social energy 71, 102
society 125ff., 316ff., 375
- and borderline syndrome 375
- and culture 316ff.
- and identity formation 125ff.
patriarchal form of - 316
- and sense of guilt 316ff.
spectral theory 14
stress 18, 51ff.
- and psychiatric illnesses 18

stress management 51ff.
-, impaired 51ff.
- and psychopathology 52
- training 53, 54, 55, 56
stuttering 48, 49
therapy of - 48, 49
symbiosis complex 14, 316, 373
- of the borderline-patient 14
syndrome 109
psychic and somatic -s 109
systems theory 373
- and psychopathology 373

therapeutic optimism 363
therapeutic process 15, 109
therapist 15, 54, 374
- of the borderline patient 374
pictorial language of the - 15
therapy 14, 15, 17, 18, 19, 53, 54, 55, 56, 251, 317, 318, 363ff.
anxiety in - 15
body - 251
- of the borderline-syndrome 14, 15, 371ff.
- with children 70ff.
retrieval of ego-development in - 364
family - 70ff.
- and identity 15
integration of methods in - 18, 19
- of logoneurosis 48, 49
milieu - 374
non-verbal methods in - 14
- in psychiatry 17
short-term - 70ff.
- of stuttering 48, 49
vegeto- 104
topographic theory 22
transcendental subjectivity 205, 212, 222
transference 54, 55

unconscious 22ff.

vegetotherapy 104

zygote 205
-, human 205